Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin

Digitized by Google

Digitized by Google

Richard Owen

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

GRASHEY MÜNCHEN — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

H. LAEHR.

ZWEIUNDSECHZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT

ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1904

REDIGIERT VON

F. SCHUCHARDT.

BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1905

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
AUG 24 1908
LIBRARY.

CATALOGUED
AUG 24 1908
E. H. B.

Digitized by Google

10669

Inhalt.

Erstes und zweites Heft.

Originalien.

Seite

Chronische Paranoiker in verwaltungs-, straf- und zivilrechtlicher Beziehung. Von Dr. *L. W. Weber,* Oberarzt und Privatdozent in Göttigen 1

Hirngewicht und Geisteskrankheit. Von Dr. *Richard Mittenzweig,* Herzberge 31

Zur Kenntnis des Farbensehens. Von Dr. *Georg Lomer,* I. Assistenzarzt der Provinzialanstalt Neustadt-Holstein 63

Welche Einrichtungen erfordert bei dem heutigen Stande unserer therapeutischen Bestrebungen die Irrenanstalt? Von Dr. *Würth,* Oberarzt an der Landesirrenanstalt Hofheim 79

Dementia praecox oder Gehirntumor? Von Dr. *Otto Kaiser,* II. Arzt an der Heilanstalt Neufriedenheim bei München 92

Geisteszustand Taubstummer. Von Dr. *Hermann Kornfeld,* Gerichtsarzt, Gleiwitz 115

Nachweisung derjenigen Personen, welche in den Jahren 1901 bis einschl. 1903 auf Grund des § 81 der Strafprozeßordnung und des § 656 der Zivilprozeßordnung infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand in öffentlichen und Privatirrenanstalten beobachtet worden sind 123

Simulation von Geistesstörungen. Von Dozent Dr. *Ernst Bischoff,* Klosterneuburg 124

Simulation von Schmerzanfällen bei einem Morphinisten. Ein Gutachten, erstattet von Oberarzt Dr. *Nerlich,* Waldheim 146

Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen. Von Sanitätsrat Dr. *Fauser,* Stuttgart 165

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

112. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. Juni 1904.

Herr *Reich*-Herzberge: Einseitige Herderkrankung des Sehhügels 176

Herr *Abraham*-Dalldorf: Vorstellung eines Kranken mit Hemianopie und Rotgrünblindheit im erhaltenen Gesichtsfeld 179

Digitized by Google

Seite

Herr *Reich*-Herzberge: Ein Apparat zur Bestimmung des Gehirnvolumens 181

XXXV. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 29. und 30. Oktober 1904 in Freiburg i. B.

I. Sitzung am 29. Oktober 1904 nachmittags 2¼ Uhr im Saale des Zähringer Hofes.

Herr *Weygandt*-Würzburg u. Herr *Thoma*-Illenau: Über leicht abnorme Kinder 182

Herr *Neumann*-Karlsruhe: Bericht der Nervenheilstätten-Kommission . . 192

Herr *Fauser*-Stuttgart: Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen 192

II. Sitzung am 30. Oktober 1904 9¼ Uhr im Hörsaal der psychiatrischen Klinik.

Herr *Rosenfeld*-Straßburg: Über Demenz und Aphasie 193

Herr *Spielmeyer*-Freiburg i. B.: Demonstration von Encephalitispräparaten 196

Herr *Wollenberg*-Tübingen: Über Gehirncysticerken 198

Herr *Hoche*: Demonstration von Kretinismusfällen 199

Herr *Merzbacher*: Zur Biologie der Nervendegeneration 200

Herr *Wilmanns*-Heidelberg: Das Landstreichertum, seine Verhütung und Bekämpfung 200

Herr *Hoche*-Freiburg: Über Zwangshalluzinationen 201

Herr *Pfister*-Freiburg: Über Störungen des Schlafes 201

Herr Dr. *Beyer*-Littenweiler: Über die Bedeutung früher Heirat für die Entstehung nervöser Erkrankungen der Frauen 203

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

71. Sitzung vom 28. Februar 1902.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Zusammenstellung des Ergebnisses der Verhandlungen gegen gemindert Zurechnungsfähige vor der VI. Strafkammer und dem Schwurgericht des 4. Quartals beim Königlichen Landgericht. Dresden im Jahre 1900 205

72. Sitzung am 27. März 1902.

Herr Bezirksassessor Dr. *Ilberg*-Dresden: Über Gesundbeten 206

73. Sitzung vom 1. Mai 1902.

Herr Oberamtsrichter Dr. *Weltz*-Dresden: Die Errichtung von Testamenten seitens Kranker 208

74. Sitzung vom 30. Mai 1902.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung 211

75. Sitzung vom 28. Juni 1902. Anstaltsbesichtigung 213

76. Sitzung vom 9. Oktober 1902.

Herr Landrichter *v. Teubern*-Dresden: Erinnerungstreue in der Aussage 213

Digitized by Google

Seite

77. Sitzung vom 27. November 1902.
Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung 221
78. Sitzung vom 8. Januar und 79. Sitzung vom 29. Januar 1903.
Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein: Ein interessanter Entmündigungsfall 222
80. Sitzung vom 12. März 1903.
Herr Nervenarzt Dr. *Haenel*: Referat über Prof. Dr. *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung 222
Sechste Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 6. August 1903 im städtischen Krankenhause zu Altona.
Geheimrat *Siemerling*-Kiel: Über Menstruationspsychosen und ihre forensische Bedeutung 225
Nonne-Hamburg: Krankenvorstellungen zum Kapitel der hereditären cerebellaren Ataxie 228
Raecke-Kiel: Über hysterische Schlafzustände 229
74. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 12. November 1904 in Bonn.
Westphal-Bonn: Krankenvorstellung 232
R. Foerster-Bonn: Psychiatrische Streifzüge durch Paris 235
Thomsen-Bonn: Klinisches über Zwangsvorstellungen 237
Rumpf-Bonn: Über Arteriosklerose 238
B. Fischer-Bonn: Experimentelle Arterienerkrankungen durch Adrenalininjektionen 241
Steiner-Köln: Über eine Neubildung im oberen Halswirbelteile 243

Literatur.

Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater von *L. Jankau*. Von *U*... 245
Tanzi, Trattato delle malattie mentali. Von *Näke* ....*c*..... 245
Toulouse, *Vaschide* et *Piéron*, Technique de psychologie expérimentale. Von *Näcke* 248

Kleinere Mitteilungen.

Die Kreisirrenanstalt Eglfing bei München 250
Preußischer Kultusetat 250
Bestrafung eines Wärters 250
Verein Bayerischer Psychiater 250
Zu der neuen Irrenanstalt bei Wien 251
Nekrolog Ideler 251
Verein zum Umtausch der Anstaltsberichte 255
Druckfehler 255
Personal-Nachrichten 256

Digitized by Google

Drittes Heft.

Originalien.

Seite

Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit. Von Oberarzt Dr. *A. Schott*, Weinsberg 257

Simulation von Geistesstörungen. Gutachten über den Geisteszustand des wegen Diebstahls in Untersuchungshaft befindlichen, 1861 in St. geborenen, ledigen M. L. Von Dozent Dr. *Ernst Bischoff*, Klosterneuburg 285

Zur klinischen Bewertung pathologischer Wanderzustände. Von Dr. *C. v. Leupoldt*, Kgl. Oberarzt, kommandiert zur Klinik 303

Beitrag zur Frage der Spätgenesung von Psychosen. Von Dr. *Julius Sigel*, Stuttgart 325

Zur Lehre von der periodischen Manie. Von Dr. *Friedrich Geist*, Arzt an der Kgl. Sächs. Landesanstalt Zschadraß 337

Kasuistischer Beitrag. Außergewöhnliche Hypermnesie für Kalenderdaten bei einem niedrigstehenden Imbezillen. Von *J. van der Kolk* und *G. J. B. A. Jansens*, Ärzte an der Irrenanstalt „Endegeest" zu Leiden (Holland) 347

Geisteszustand Taubstummer. Aussetzen eines neugeborenen Kindes mit folgendem Tod. (Nach den Akten.) Von Dr. *Hermann Kornfeld*, Gerichtsarzt, Gleiwitz 364

Ist der Verzicht auf Alkohol als Genußmittel in der Irrenanstalt wünschenswert? Von Oberarzt Dr. *H. Dietz* 372

Untersuchungen über juvenile Demenz, mit einem Heilvorschlag. Von Dr. *Georg Lomer*, I. Assistenzarzt der Provinzialirrenanstalt Neustadt-Holstein 387

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

81. Sitzung vom 23. April 1903.

Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein: Ein interessanter Entmündigungsfall 402

82. Sitzung vom 30. Mai 1903.

Beschlußfassung über die Stellungnahme der Vereinigung zu den Beratungen der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung (Landesgruppe Deutsches Reich) betreffs der vermindert Zurechnungsfähigen 406

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung 407

83. Sitzung vom 4. Juli 1903.

Besichtigung der Städtischen Arbeitsanstalt zu Dresden 412

84. Sitzung vom 15. Oktober 1903.

Herr Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden: Über Alkoholismus und Delikte wider die Sittlichkeit 412

Digitized by Google

Seite

85. Sitzung vom 19. November 1903.
Herr Privatdozent Dr. med. *Döllken*-Leipzig (als Gast): Geisteskranke und Verbrecher im Strafvollzug 417
86. Sitzung vom 30. Dezember 1903.
Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung 420
87. Sitzung vom 28. Januar 1904.
Herr Anstaltsarzt Dr. med. *Kötscher*-Hubertusburg: Einiges über anormale Bewußtseinszustände und Psychopathologie der Aussage im Anschluß an ein militärgerichtlicherseits eingeholtes Gutachten 421
88. Sitzung vom 26. Februar 1904.
Herr Staatsanwalt Dr. *Wulffen*-Dresden: Strafzumessung der Gerichte vom psychologischen und psychiatrischen Standpunkte 427
113. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 17. Dezember 1904.
Herr *Veit*-Wuhlgarten: Ein Fall von Tabes dorsalis bei einem epileptischen Knaben 430
Herr *van Vleuten*-Dalldorf: Über transitorische Aphasie bei Alkoholdelirien 431
Herr *Reich*-Herzberge: Die anläßlich der Verhandlungen der internationalen kriminalistischen Vereinigung zu Stuttgart und des Deutschen Juristentages zu Innsbruck vorgeschlagenen Maßregeln bezüglich „vermindert Zurechnungsfähiger“ oder „geistig Minderwerter“ und der sogenannten gemeingefährlich Geisteskranken 432
114. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 28. Januar 1905.
Herr *Jastrowitz*: Demonstration 449
Diskussion über den Vortrag des Herrn *Reich*-Herzberge 449
Herr *Max Edel*-Charlottenburg: Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma ins Handelsregister eintragen zu lassen? 456

Literatur.

Gross, Kriminalpsychologie. 2. Auflage. Von *Näcke* 461
Penta, La Simulatione della Pazzia. 2. Aufl. Von *Näcke* 463
Hans Evensen, Dementia praecox, Ungdomsaarenes Sindssygdomme I. Von *R. Foerster*-Bonn 464

Kleinere Mitteilungen.

Irrenfürsorge in Schlesien 473
Bericht über die Bewegung in den Niederländischen Irrenanstalten im Jahre 1903 474
Aus Waldheim 476
Personal-Nachrichten 476

Digitized by Google

Viertes Heft.

Originalien.

Seite

Zur Personalfrage. Von Dr. *Adolf Hoppe*, Pfullingen 477
Leicht abnorme Kinder. Von Dr. *E. Thoma*, Illenau 510
Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Osnabrück 538

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Dresden am 28. und 29. April 1905.

I. Sitzung Freitag, den 28. April, vormittags 9¼ Uhr.

Geschäftliches 568
Entwurf der Satzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 570
Referate und Vorträge:
1. Herr *Weygandt*-Würzburg: Über Idiotie 573
2. Herr *O. Kluge*-Potsdam: Über die Behandlung und Unterbringung psychisch-abnormer Fürsorgezöglinge 576
3. Herr *Meltzer*-Großhennersdorf: Der Arzt in der Schwachsinnigenfürsorge 577

II. Sitzung. Mittags 1 Uhr.

4. Herr *Cramer*-Göttingen: Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus 578
5. Herr *E. Meyer*-Königsberg i. Pr.: Über psychische Infektion (induziertes Irresein) 581
6. Herr *Hess*-Görlitz: Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen 582
7. Herr *Tippel*-Kaiserswerth: Fürsorgeerziehung und Psychiatrie 583

III. Sitzung. Sonnabend, den 29. April, morgens ½9 Uhr.

8. Kerr *K. Vogt*-Langenhagen: Über das Studium hochdifferenzierter Mißbildungen des Zentralnervensystems 600
9. Herr *Engelken jun.*-Alt-Scherbitz: Psychiatrisches aus England und Schottland 602
10. Herr *Schüle*-Illenau: Vorlage eines Bogens für Feststellung der Erblichkeit 603
11. Herr *Schultze*-Greifswald: Weitere Beobachtungen über Militärgefangene 609
12. Herr *Näcke*-Hubertusburg: Spätepilepsie im Verlaufe von chronischen Psychosen 610
13. Herr *Seelig*-Lichtenberg: Über Wechselwirkung zwischen Alkoholismus und der Entwicklung chronischer Psychosen 611
14. Herr *Heilbronner*: Haftenbleiben und Stereotypie 612

Digitized by Google

Seite

15. Herr *Hübner*-Lichtenberg: Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhafte Reize 616
16. Herr *Rohde*-Königsbrunn: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Behandlung Nervenkranker in offenen Heilstätten 617
17. Herr *Reich*-Lichtenberg: Zur feineren Struktur der Zelle des peripheren Nerven 620
18. Herr *Alzheimer*-München: Progressive Paralyse und endarteriitische Hirnlues 630
Liste der neuen Mitglieder 633

40. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 6. Mai 1905 in Hannover.

I. *Bruns*-Hannover: Krankenvorstellungen 635
II. *Wendenburg*-Göttingen: 1. Funktioneller Ausgleich eines Muskeldefektes und 2. psychische Erkrankung bei Zeichen organischer Hirnerkrankung ohne weitere Symptome von Paralyse 639
III. *Cramer*-Göttingen: Über Jugendirresein 640
IV. *Weber*-Göttingen: Traumatische Psychosen 641
V. *Behr*-Lüneburg: Fall von halbseitiger partieller Microgyrie 642
VI. *Fontheim*-Göttingen: Zweifelhafte Geschäftsfähigkeit 645

Kleinere Mitteilungen.

Die Handschrift der Geisteskranken. Von *Magdalene Thumm-Kintzel* .. 647
In Heidelberg 651
Die Volksheilstätte für Alkoholkranke „Waldfrieden“ 651
Irrenfürsorge im alten Mannheim 651
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran vom 24. bis 30. September 1905 651
In Budapest 652
Aus Göttingen 652
Aus Paris 652
Nekrolog John Sibbald. Von *Hermann Kornfeld* 652
Personal-Nachrichten 654

Fünftes und sechstes Heft.

Originalien.

Heinrich Laehr †. Von Walter de Gruyter 655
Heinrich Laehr †. Von *Pelman* 656
Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Von Oberarzt Dr. *Albrecht*, Treptow a. Rega. (Hierzu 4 Kurven.) 659
Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken. Von Sanitätsrat Dr. *Fauser*, Stuttgart 687

Digitized by Google

Seite

Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen. Von Medizinalrat Dr. *P. Näcke*, Hubertusburg 695

Korsakowsche Psychose mit weitgehender Besserung der schweren polyneuritischen Erscheinungen. Von *H. Tegtmeyer*, approb. Arzt 737

Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Von Dr. *Heinrich Gottgetreu*, Arzt in Münster, Oberlahnkreis 759

Das Verhältnis der Involutionspsychosen zur juvenilen Demenz. Von Oberarzt Dr. *Georg Lomer*, Neustadt (Holstein) 769

Melancholie und Depression. Von Dr. med. *S. Thalbitzer*, Aarhus (Dänemark) 775

Über die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche. Von Dr. *M. Reichardt*, I. Assistent der Klinik. (Hierzu 2 Abbildungen im Text.) 787

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

86. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 3. Dezember 1904 zu Breslau.

1. Herr *Chotzen*-Breslau: Über manisch-depressives Irresein bei organischer Gehirnkrankheit. (Demonstration.) 805
2. Herr *Kramer*-Breslau: Experimentelle und klinische Untersuchungen über Nervenpfropfung 808
3. Herr *Förster*-Breslau: Hysterische Hemiplegie mit Demonstrationen. (Publikation vorbehalten.) 809
4. Herr *Schröder*-Breslau: Über neuere Fortschritte in der pathologischen Anatomie der Hirnrinde 809
5. Herr *Kocbisch*-Breslau: Fall von myasthenischer Bulbärparalyse 810

87. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 11. März 1905 zu Breslau.

1. Herr *Kramer*-Breslau demonstriert einen ungewöhnlichen Fall von Bleilähmung 810
2. Herr *Chotzen*-Breslau: Krankendemonstration 811
3. Herr *Pawel*-Breslau: Ein Fall von Infantilismus unter dem Bilde der juvenilen Paralyse 813
4. Herr *Schröder*-Breslau: Zur Frage der akuten Entzündung im Zentralnervensystem 813
5. Herr *Kutner*-Breslau: Über den diagnostischen Wert der Lumbalpunktion für die Psychiatrie 814
6. Herr *Pawel*-Breslau: Demonstration von Achsenzylinder-Imprägnationen 815
7. Herr *Bonhöffer*-Breslau: Demonstration eines Gehirns 815

115. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. März 1905.

Herr *Henneberg*-Berlin: Pseudohermaphroditismus und Psychose ... 816
Herr *Vorkastner*: Seltene Fälle von Augenmuskellähmungen 817
Herr *Rauschke*: Tabes dorsalis mit Herpes zoster 820

Digitized by Google

Seite

Herr *Skoczyński:* Demonstration anatomischer Präparate von einem als Neurofibromatose angesprochenen Fall 824
Herr *Reich:* Krankenvorstellung. Ein Fall von alogischer Aphasie und Asymbolie 825
116. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 24. Juni 1905 ... 837
Herr *Seiffer:* Demonstration von rezidivierender Geisteskrankheit .. 838
Herr *Rauschke:* Begleitdelirien 840
Herr *Liepmann:* Psychose der Mutter und Psychose der Tochter .. 841

Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater, München 13. und 14. Juni 1905.

Sitzungsbericht vom 13. Juni 1905.

1. *Kraepelin*-München: Fragestellungen in der klinischen Psychiatrie 845
2. *Nissl*-Heidelberg: Über psychiatrische Fehldiagnosen 848
3. *Specht*-Erlangen: Chronische Manie und Paranoia 851
4. *Gaupp*-München: Die Depressionszustände des höheren Lebensalters 851
5. *Fauser*-Stuttgart: Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken 852
6. *Specht*-Tübingen: Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen 853

Sitzungsbericht vom 14. Juni 1905.

7. *Alzheimer*-München: Ergibt sich ein annähernd gleicher Krankheitsprozeß bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund? (Mit Projektion mikroskopischer Bilder verschiedener Rindenerkrankungen.) 854
8. *Weiler*-München: Demonstration eines neuen Pupillenmeßapparates 857
9. *Ranke*-München: Über eine besondere Form von Entwicklungshemmung der Großhirnrinde. (Mit Demonstration von Präparaten.) 858
10. *Weygandt*-Würzburg: Über Mongolismus 861
11. *Reichardt*-Würzburg: Über die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche 862
12. *Gudden*-München: Über Schlaftrunkenheit 862
13. *Vocke*-München: Über Liquidationen von Sachverständigengebühren bei psychiatrischen Begutachtungen 863
14. *Neisser*-Bunzlau: Kurze Mitteilung über epileptische Psychose .. 863
15. *Nitsche*-München: Krankenvorstellung 864
16. *Busch*-München und *Plaut*-München: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung verlängerter warmer Bäder 864

75. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 17. Juni 1905 in Bonn 866
Westphal-Bonn: a) Über die Differentialdiagnose der Dementia paralytica und der Lues cerebri 867
b) Fall von hysterischer Pseudotetanie mit vasomotorisch trophischen Störungen einhergehend 869

Digitized by Google

Seite

c) Über die Diagnose der *Huntingtons*chen Chorea in ihren Frühstadien 870

R. Foerster-Bonn: Demonstration eines solitären Pons-Tuberkels, der anfänglich unter dem Bilde einer funktionellen Psychose verlief 871

Kölpin-Bonn: Demonstration mikroskopischer Präparate 873

Ungar-Bonn: Die Verwertung der in direkter Rede protokollierten Aussagen für das gerichtsärztliche Gutachten 873

Aschaffenburg-Köln: Zeugnis- und Eidesfähigkeit Geisteskranker ... 875

Literatur.

Sérieux, L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Von *Näcke* 880

Kleinere Mitteilungen.

Der Kongreß für experimentelle Psychologie 881

15. internationaler medizinischer Kongreß 881

Nekrolog C. Wernicke. Von *Karl Heilbronner* 882

Nekrolog Heinrich Laehr. Von *Schäfer* 893

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte 904

Personal-Nachrichten 905

Verzeichnis der Mitarbeiter 906

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
AUG 24 1908
LIBRARY.

Chronische Paranoiker in verwaltungs-, straf- und zivilrechtlicher Beziehung.[1])

Von

Dr. **L. W. Weber,** Oberarzt und Privatdozent in Göttingen.

Die chronische Paranoia ist wohl diejenige Psychose, welche zwar nicht zu den häufigsten, aber zu den kompliziertesten forensischen Verwicklungen führt. Namentlich wenn, wie bei der auch heute noch von *Kraepelin* als chronische Paranoia anerkannten Krankheitsform, die Geistesstörung jahrzehntelang besteht, ohne daß eine erhebliche Urteilsschwäche eintritt, wenn also die intellektuelle Leistungsfähigkeit des Kranken lange Zeit gewahrt bleibt, wird es im einzelnen Fall sehr schwer, über bestimmte Fragen, z. B. der Anstaltspflegebedürftigkeit, Entlassung, Geschäftsfähigkeit, Entmündigung, zivil- und strafgesetzliche Verantwortlichkeit des Kranken zu entscheiden.

Lediglich von diesen Gesichtspunkten soll hier über zwei Fälle berichtet werden, von welchen der eine auch insofern ein gewisses Interesse hat, weil er trotz seiner schweren Paranoia und teilweise unter dem Einfluß einzelner Symptome derselben jahrelang ein lukratives Geschäft als medizinischer Kurpfuscher getrieben hat; der andere aber bietet ein interessantes Pendant dazu, indem er in gleicher Weise auf kirchlichem Gebiet gewissermaßen als Kurpfuscher tätig war. Nebenbei soll auf einige Punkte von speziell klinisch-psychiatrischem Interesse hingewiesen werden.

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik Göttingen (Prof. Dr. *Cramer*). — Nach einem Vortrag in der Göttinger psychologisch-forensischen Vereinigung.

Digitized by Google

Die beiden Krankengeschichten, die schon an und für sich durch die geradezu romanhaften Schicksale des Betroffenen bemerkenswert sind, lasse ich hier nur ganz kurz folgen, soweit sie zur Erläuterung der angeschlossenen Erwägungen nötig sind. Sie werden anderweitig ausführlicher von anderen Gesichtspunkten aus publiziert werden.

1. H. W., geb. 1843, stammt aus einfachen Verhältnissen von einem Vater, welcher in der Irrenanstalt starb. Er selbst war in der Jugend gesund. Schon in der Bürgerschule fiel er durch seine große Begabung und durch sein Interesse für Literatur und fremde Sprachen auf, die er auch jetzt noch beherrscht: ebenso bringt er mit Vorliebe Zitate aus Schiller, Goethe, Shakespeare etc. Er besuchte nach der Bürgerschule noch die Gewerbeschule. Nachdem er eine Zeitlang in Fabriken tätig war, wo er einige Erfindungen und Verbesserungen an Nähmaschinen machte, gründete er 1873 in Hannover ein Geschäft als Schlosser und Mechaniker; vor allem gab er sich mit Reparatur und Vertrieb von Nähmaschinen ab. Obwohl er als sehr geschickter Fachmann Glück in seinem Beruf hatte, fing er — ungefähr 1878 — nebenbei an, sich mit Winkeladvokatur zu beschäftigen. W., der offenbar ein sehr intelligenter Mensch ist, hatte bald auch wegen seiner Gewandtheit im Ausdruck und wegen seiner Gabe der persönlichen Einwirkung auf die Leute einen großen Zulauf. Um dieselbe Zeit wurde übrigens auch bei ihm eine erhöhte Reizbarkeit und Heftigkeit beobachtet; außerdem scheint er damals zuerst an lebhaften Sinnestäuschungen gelitten zu haben. Schon in Prozeßangelegenheiten seiner Klienten war er in Streit mit den Gerichten geraten, noch mehr in einer eigenen Sache; sein Verhalten vor Gericht führte zu wiederholten Beleidigungsklagen gegen ihn. Dabei traten deutliche Beziehungsvorstellungen bei ihm auf, die sich namentlich auf ungerechte Behandlung seiner Angelegenheit durch die Gerichte bezog. W. wurde in seinen Schriftstücken gegen Staatsanwalt und Richter, dann gegen politische Personen und gegen den Kaiser immer drohender, ging aber nie zu Tätlichkeiten über. Dies veranlaßte seine Festnahme und Unterbringung als gemeingefährlicher Geisteskranker erst im Krankenhaus in Hannover, dann auf ein Physikatsgutachten hin in der Irrenanstalt Göttingen am 10. Februar 1879. Im ganzen ist W. seit dieser Zeit siebenmal in dieselbe Anstalt aufgenommen und davon fünfmal wieder entwichen unter den denkbar schwierigsten Umständen. Nach seiner vorletzten Aufnahme wurde er 1896 als nicht anstaltspflegebedürftig entlassen und blieb bis zum Jahre 1902 ruhig in Hannover, bis neuerdings von ihm verfaßte Drohbriefe an einen Landrat zum siebentenmal seine Aufnahme in die Anstalt Göttingen veranlaßten, von wo er dann nach der Anstalt Osnabrück überführt wurde. Dazwischen war er auch noch in den Anstalten Zürich und Frankfurt, von wo er ebenfalls entfloh. Etwa 1881 wurde W. entmündigt. Zwischen den einzelnen meist ein halbes Jahr nicht

Digitized by Google

überdauernden Anstaltsaufenthalten trieb sich W., teils um wirklichen Verfolgungen zu entgehen, teils offenbar unter dem Einfluß seiner Beziehungsvorstellungen und Wahnideen in der abenteuerlichsten Weise in Deutschland, Holland, Belgien, Frankreich, Österreich und in der Schweiz umher. Wie seine raffinierten Entweichungen, so legen vor allem auch seine Fähigkeit, durch sein faszinierendes Wesen Helfershelfer und Anhänger zu gewinnen, die für ihn hohe Summen bezahlten, sogar Gefängnisstrafen riskierten, und seine Begabung, allenthalben den Lebensunterhalt für sich und seine Familie zu erwerben, ein glänzendes Zeugnis für seine Intelligenz ab. Überall gewann er Beziehungen zu zahlreichen gebildeten, zum Teil auch politisch tätigen Leuten; W. selbst war nie eigentlich politisch tätig in dem Sinne, daß er sich für irgend eine politische Idee oder Partei interessierte; alle seine Schreiben politischen Inhalts beziehen sich nur auf seine Person und deren Verfolgung. Während seines Aufenthaltes in der Schweiz scheint er zuerst im Umgang mit einem politischen Flüchtling Interesse an der Behandlung Kranker bekommen zu haben. Er eignete sich bald ein bestimmtes System der Kurpfuscherei an, die er namentlich während der Jahre 1896—1902 in äußerst lukrativer Weise betrieb. Nach seinen eigenen, sicher nicht übertriebenen Angaben verdiente er damit täglich durchschnittlich 20—30 M.; er hat für dieses Einkommen eine Steuer von 6 M. pro Jahr bezahlt. Sein eigentlicher Beruf als Nähmaschinenreparateur, der ihn in viele Häuser kleiner Leute führte, unterstützte ihn dabei wesentlich, doch hielt er auch Sprechstunden ab und wurde häufig zu Konsultationen berufen. Seine Heiltätigkeit richtete sich hauptsächlich auf die Behandlung nervöser und innerer Krankheiten. Seine Anschauungen über Bau und Funktionen des menschlichen Körpers sind sehr verworren und meist unrichtig; vielfach lassen sich dabei Beziehungen zu seinen eigenen halluzinatorisch verfälschten körperlichen Sensationen und hypochondrischen Wahnideen nachweisen, wie er denn auch häufig hervorhebt und zum Teil auch als Unterstützung bei der Behandlung betont, daß er einen großen Teil der behandelten Leiden bereits am eigenen Körper verspürt habe. Seine Behandlungsmittel sind zum Teil der ärztlichen Pharmakopoe entnommen, darunter zahlreiche nicht indifferente Stoffe, z. B. Belladonna, Aconit, Zincum, Sulfur, zum Teil sind es Extrakte von Wurzeln und Pflanzen, die er selbst sich vom Auslande mitgebracht und an verschiedenen Stellen der Heide geheimnisvoll angepflanzt hat und denen er eine gewisse mystische Bedeutung zuschreibt; endlich besitzt er einige äußerliche Behandlungsmittel, namentlich aus Gazesäckchen gefertigte Scheidentampons. Seine Frau vertreibt auch einen Magenkräuterbitter mit gedruckten Etiketten unter seinem eigenen Namen, wofür sie die Konzession erhalten hat. Sehr bezeichnend für seine Geschäftsgewandtheit ist z. B., daß er kürzlich, als seine Frau über ihre Mittellosigkeit in einem Briefe an ihn klagte, ihr brieflich ein Rezept einer „Gesundheitsseife" schickte mit dem Auftrage, diese als „W.s Gesundheitsseife" herstellen zu lassen und zu einem bestimmten Preise pro Stück zu vertreiben. Bei seiner letzten Einlieferung

Digitized by Google

in die Anstalt brachte er ein ganzes Armamentarium, bestehend aus zahlreichen Flaschen, Pulvern, Beuteln mit Tee, den oben erwähnten Scheidentampons, Mutterspecula, Stethoskopen mit. Die letzte Überführung des W. in die Anstalt wurde hauptsächlich veranlaßt durch Drohbriefe, welche er an den Landrat des Kreises L. schrieb; er beschuldigte denselben, wie andere höhere Beamte, mit seiner, des W., Nichte ein unsittliches Verhältnis zu haben. Ersichtlich ist die Ursache dieser neuen insozialen Äußerung W.s in neu auftretenden Sinnestäuschungen und Beziehungsvorstellungen zu suchen. Seine Nichte habe ihm „bedeutsame Blicke" zugeworfen; dieser Blick hätte ihn schließlich veranlaßt, gegen den Landrat vorzugehen.

Die Beobachtung des W. während seines jetzigen Anstaltsaufenthalts ergibt keine wesentlich neuen Daten gegen früher. Natürlich ist er körperlich gebrechlicher geworden gegen früher: es machen sich Zeichen einer frühzeitigen senilen Involution bemerkbar. Demgemäß treten auch, vielleicht veranlaßt durch wirkliche Beschwerden, zahlreiche halluzinatorisch verfälschte Organsensationen und hypochondrische Wahnideen auf. Er fühlt, wie die Kopfknochen weich werden, wie das Rückgrat einschrumpft, die Nieren und die Blase sich zusammenziehen, wie der „Genienerv" entzündet ist, alles unter dem Einfluß von Gift, das ihm auf den Befehl des Direktors der Anstalt im Essen gereicht wird. Dieser steht schon seit langer Zeit im Komplot mit dem Landrat und den übrigen Adeligen, die alle in Beziehung zu seinen früheren Verfolgern, den Gerichten und Polizeibehörden stehen. Er ist daher gegen den Direktor der Anstalt aufs höchste eingenommen und mißtrauisch. Die Größenideen des W. beziehen sich auf seine politische Bedeutung, seine Beziehungen zu geschichtlichen Ereignissen und zu bedeutsamen Männern, wie Bismarck u. a., dann aber namentlich auf seine Bedeutung und seine Leistungen in medizinischer Beziehung. Seine Kenntnis der menschlichen Natur und des menschlichen Organismus ist viel größer als die der gewöhnlichen Ärzte, auf die er nur mit Mitleid und Verachtung herunterblickt. Wenn er erst wieder freikommt, stellt er eine neue Ära der Heilkunde in Aussicht u. dgl. Die Stimmung W.s ist z. B. häufig eine recht gedrückte, was aber nicht durch pathologische Momente erklärt zu werden braucht. Er ist inzwischen ein 60jähriger, frühzeitig gealterter Mann geworden, der in einer nunmehr 25jährigen Laufbahn ständig mit äußerster Anstrengung des Körpers und Geistes gegen die Bewahrung in der Anstalt und gegen wirkliche und vermeintliche Verfolgungen außerhalb der Anstalt gekämpft hat. Nun — nach einer sechsjährigen Ruhepause — hat ihn sein unseliges Geschick wieder dahin geführt, und er fühlt doch die alte Spannkraft nicht mehr in sich, um in ähnlicher Weise wie früher sich eine Freiheit zu verschaffen. In der Anstalt O., in der sich W. jetzt befindet, hat er übrigens neuerdings wieder einen Entweichungsversuch gemacht, bei welchem er bereits einige Patentschlösser geöffnet hatte, als er entdeckt wurde. Diese Momente sind Anlaß genug zur Verstimmung.

Seine intellektuelle Leistungsfähigkeit ist dieselbe geblieben: mit ge-

Digitized by Google

spannter Aufmerksamkeit beobachtet er alles, untersucht, wenn er sich allein glaubt, langsam und bedächtig die Schlösser in seiner Stube. Bei Gesprächen ist er stets vorsichtig, gibt seine Antworten nach reiflichem Nachdenken mit überlegenem Lächeln, aber gewandt und wortreich. In Schrift und Sprache ist er nach wie vor ein geübter Dialektiker.

2. H. T. ist 1861 als Bauernsohn aus unbelasteter, wohlhabender, offenbar sehr religiöser Familie in der Lüneburger Heide geboren. In der Dorfschule war er begabt und fleißig, dabei still und zurückhaltend. Mit 17 Jahren wanderte er 1878 nach Amerika aus, kehrte aber nach einem Jahre zurück. 1882—1885 diente er unbestraft bei der Garde in Spandau. Bald nach seiner Entlassung aus dem Militärdienst scheint er zuerst sich eingehender mit religiösen Ideen beschäftigt zu haben. Er besuchte dann in Hermannsburg eine Aspirantenschule, um sich zum Missionsdienst auszubilden. Hier war sein Verhalten anfangs wenig auffällig; er war ein begabter Zögling. Im Jahre 1887 ging aber eine auffällige Veränderung mit ihm vor; er machte sehr umfangreiche schriftliche Arbeiten, grüßte niemand mehr und aß, getrennt von den übrigen, an einem gesonderten Tische. 1887 sollte er eine militärische Übung machen. Da die Einberufung auf einen Sonntag fiel, weigerte er sich, an diesem Tage anzutreten und bekam Arrest; das gleiche wiederholte sich aus derselben Ursache noch einmal, und er wurde ebenfalls mit Arrest bestraft. Er nahm die Strafe als eine göttliche Fügung willig auf sich. Von da ab trug er seine abweichenden religiösen Anschauungen offen zur Schau, überwarf sich mit dem Pastor der Freikirche in H. und zog auf den Straßen umher, bekleidet mit einem Sack, um Bußpredigten zu halten. Er gab offen an, er sei einer der in der Offenbarung Johannis verkündeten zwei Zeugen des Jüngsten Gerichts; auf dieses wies er ständig unter Ausmalung der Schrecken desselben hin. Am Weihnachtsfest 1887 drang er, mit einem Sack bekleidet, in die Kirche in H. ein, störte den Gottesdienst und mußte hinausgebracht werden, wobei er „wehe, wehe!" rief. Daran schlossen sich natürlich weitere Differenzen mit dem Pastor und der Gemeinde; er wurde von seinem Vater von H. weg nach Hause geholt. Auch mit seiner Familie bekam er Streitigkeiten wegen seiner religiösen Anschauungen. Eines Tages drohte er seinem Vater, er (T.) werde durch ein Gebet das ganze Vieh seines Vaters sterben lassen. Der Vater nahm ihn beim Wort und forderte ihn auf, seine Drohung auszuführen. T. zögerte zunächst; er beschwor den Vater wiederholt, es bei einem Stück Vieh bewenden zu lassen und nicht die Vernichtung seines ganzen Viehstandes heraufzubeschwören. Da der Vater aber auf der Ausführung des ganzen Fluches, worin er einen Beweis der göttlichen Mission T.s sehen wollte, bestehen blieb, fing R. an, in Gegenwart seiner Familie laut zu Gott zu beten, daß er das gesamte Vieh des Vaters vernichten möge. Dann erklärte er, sein Gebet sei erhört, ging mit seinen Angehörigen nach dem Stall und fand dort alles beim alten. Nun war T. betroffen, reichte seinem Vater die Hand und

Digitized by Google

bat für den ihm angetanen Kummer um Verzeihung und wollte auch in H. um Verzeihung bitten. Aber schon am folgenden Tage fing er sein altes Benehmen wieder an, trug wieder das selbstbewußte Wesen zur Schau und übte die Betätigung seiner religiösen Ideen wieder aus. Da es schließlich zu Hause nicht mehr mit ihm auszuhalten war, wurde er 1888 als geisteskrank der Irrenanstalt in G. überwiesen. 1891 wurde er von hier als ungeheilt auf Wunsch der Angehörigen entlassen, bald darauf aber wieder aufgenommen und in eine Privatanstalt gebracht, aus welcher er 1895 entwich; bald darauf wurde er zum dritten Male in G. aufgenommen. 1898 entwich er wieder und verbrachte eineinhalbes Jahr mit Wanderungen im nordwestlichen Deutschland, wobei er predigte, zahlreiche von ihm verfaßte Druckschriften vertrieb und Anhänger fand, welche an seine göttliche Mission glaubten und aus der Landeskirche austraten. Eine seiner Anhängerinnen verließ ihren Mann, weil dieser ihr nicht gestattete, nach Gottes Wort zu leben; eine andere mußte ihren Dienst verlassen, weil sie nach dem Vorbilde T.s es unterließ, ihre Herrschaft zu grüßen. Irgendwelche sexuellen Beziehungen scheint T. nie zu seinen Anhängerinnen unterhalten zu haben. Für seine Druckschriften verlangte er kein Geld, nahm aber, was man ihm freiwillig bot; ebenso nahm er Kost und Quartier von seinen Anhängern an. In zwei Jahren verdiente er mit dem Verschleiß seiner Schriften ca. 2500 M., die er teils wieder in neuen Druckschriften anlegte, teils als Ersparnis zurücklegte. Im Jahre 1900 wurde er von neuem in die Anstalt G. eingeliefert, weil er durch seine Konflikte mit der anerkannten Kirche und ihren Vertretern sehr belästigend war. Im August 1902 wurde T. mit Zustimmung der Behörde entlassen, da einer seiner Anhänger, ein Kaufmann in einem holsteinischen Orte und Reserveleutnant, ihm Unterkunft und Lebensunterhalt zu gewähren versprach.

Der Gesamteindruck, den die Beobachtung des T. während der langen Zeit seines Anstaltsaufenthaltes ergibt, ist folgender:

T. zeigt körperlich nichts Besonderes; er ist groß gewachsen, hager, von dem Typus des Marschbauern. Keine auffälligen Degenerationszeichen, keine Innervationsstörungen. Einmal bestand bei ihm der Verdacht einer Lungentuberkulose; in den letzten Jahren wurde nach dieser Richtung nicht mehrs bemerkt. Während des Anstaltsaufenthaltes hatte er häufig ein Ekzem am Kinn, weil ihm bei seinem ständigen Predigen der Speichel aus dem Munde lief.

T. hielt sich in seiner Kleidung sorgfältig und hielt auch in seiner Stube, insbesondere unter seinen Schreibereien immer peinliche Ordnung.

Seine Stimmung war während des ganzen Anstaltsaufenthaltes stets gleichmäßig heiter. Mit überlegenem Lächeln trat er seinen Widersachern, den Ärzten und den ungläubigen Kranken gegenüber. Auch Chikanen von seiten der Kranken, die er durch sein fortwährendes Predigen belästigte, konnten dieselbe nicht ändern. In einen eigentlichen Affekt („heiligen Zorn") geriet er auch bei seinen Bußpredigten nicht: bei allen Kontroversen bewahrte er dieselbe gelassene Ruhe.

Digitized by Google

Während der langen Jahre seines Anstaltsaufenthaltes konnten bei T. keinerlei Sinnestäuschungen nachgewiesen werden. Auch in der Vorgeschichte fehlt jeder Anhaltspunkt für das Bestehen von Sinnestäuschungen. Ganz energisch streitet er ab, jemals von Gott oder vom heiligen Geist oder sonst irgendwie eine Eingebung in irgend einer direkt sinnlichen Form (Gesicht oder Gehör) erhalten zu haben. Immer wieder bemerkt er, daß ihm allmählich die Erkenntnis für seinen Beruf und das Verständnis für Gottes Wort gekommen sei. Auch sein beobachtetes Verhalten während seiner Betübungen erweckte nie den Eindruck, daß er dabei halluziniere.

Der gesamte Vorstellungsinhalt des T. konzentriert sich um die eine Vorstellung, daß er der von Gott gesandte Zeuge und Prophet im Sinne der Offenbarung sei. Von diesem Gesichtspunkt aus sucht er die entsprechenden Bibelstellen zu erklären und richtet sein oben schon erwähntes Verhalten in bezug auf den Verkehr mit seiner Umgebung danach ein. Alle Leiden, welche ihn treffen, die militärischen Strafen, die Verhöhnungen durch seine Umgebung, die Internierung in der Anstalt, den Ausschluß aus der Kirche nimmt er mit Freuden hin als eine Erfüllung seines gottgewollten Schicksals. Dementsprechend ist auch seine Selbstbeurteilung. Er vergleicht sich gelegentlich mit den großen Reformatoren, ja sogar mit Christus, und hat für alle „irdischen Bestrebungen und Betätigungen“ seiner Umgebung nur ein mitleidig-höhnisches Lächeln übrig. Seine Tätigkeit mit Gebet und Predigen steht ihm demgemäß viel höher als alle körperliche Betätigung irgend welcher Art.

Das Gedächtnis des T. ist ein geradezu hervorragendes. Er verfügt nicht nur etwa über die zahllosen mechanisch auswendig gelernten Bibelzitate, sondern er beherrscht auch die gesamten Details seiner umfangreichen geschriebenen und gedruckten Äußerungen sowie sonstige Einzelheiten in seiner Vorgeschichte und namentlich in seinen Prozeßangelegenheiten. Bei der Anwendung derselben irrt er sich nie, er weiß im Gegenteil sehr häufig seinen Gegnern, welchen doch die Akten zur Verfügung stehen, aus dem Gedächtnis kleine Unrichtigkeiten nachzuweisen. Trotz seiner Weitschweifigkeit im Reden und Schreiben ist sein Vorgehen dabei durchaus zielbewußt, wie aus zahlreichen schriftlich niedergelegten Erwiderungen hervorgeht. Er weicht nie vom Thema ab, kommt immer — allerdings unter Herbeiziehung außerordentlich entfernter Beweismittel — auf den momentan zu bekämpfenden Punkt zurück. Falsch kann seine Schlußfolgerung insofern genannt werden, als sie auf einer nicht zutreffenden Voraussetzung, nämlich der seines Prophetenberufes, und auf einer von ihm willkürlich gehandhabten Auslegung dunkler Bibelstellen beruht.

Seine Sprache und sein Stil sind nicht ganz frei von einigen orthographischen und stilistischen Fehlern und namentlich beeinflußt durch die Ausdrucksweise der lutherischen Bibelübersetzung. Es muß aber hervorgehoben werden, daß er für einen Mann seines Standes und seiner Vorbildung eine außerordentlich gewandte Ausdrucksweise und die Fähigkeit logischer Aneinanderreihung und Durchführung eines Gedankenganges besitzt. In seinen

Digitized by Google

Druckschriften ist die Sprache vollkommen dem Anschauungsvermögen des Publikums, an das er sich wendet, angepaßt, die Darstellung einzelner Ereignisse geradezu lebendig und spannend. Er hat etwa zwölf kleine Broschüren drucken lassen, und verlegt sie selbst. Die Titel einiger derselben sind: „Vom 1000jährigen Reich", „Der heilige Krieg", „Kleine Geschichten und Erzählungen oder Zeugnisse der Wahrheit für unsere letzte Zeit", „Die großen Geheimnisse Gottes", „Wider die falschen Propheten, ihre Lehren und Verführungen", „Erlebnisse im Irrenhause", „Zwei Verantwortungen eines Knechtes Gottes vor Dr. Cramer und seinen Studenten zu Göttingen" u. a.

Auch sein Benehmen und Verhalten gegenüber der Außenwelt läßt große Klugheit und Überlegung und Nutzbarmachung früherer übler Erfahrungen nicht verkennen. Während er in der ersten Zeit seines Auftretens ohne Rücksicht auf die öffentliche Ordnung seine Mission vertrat und dadurch in offene Konflikte mit staatlichen Gewalten und Vertretern der Kirche geriet, trägt er später — insbesondere nach der Wiedergewinnung seiner Freiheit — mehr und mehr den äußeren Verhältnissen Rechnung und bemüht sich, derartige Konflikte zu vermeiden. Charakteristisch ist dafür eine Äußerung bei seiner Vernehmung, welche sich auf seine Weigerung, am Sonntag eine militärische Dienstleistung anzutreten, bezieht. Er sagt, in Notfällen würde er auch dies tun, wenn z. B. der Feind am Sonntag ins Land käme. Auch einer Gerichtsvorladung zum Sonntag würde er in Notsachen folgen. „Ob es eine Notsache ist, tue ich prüfen, indem ich mich selbst an das Gericht wende, ob ich nicht an einem anderen Tage kommen könne. Wenn es dann eine Notsache ist, muß man eben kommen." Ebenso klug und überlegt ist sein Vorgehen bei der Verbreitung seiner Druckschriften. Er hat wiederholt gesetzmäßige Schritte getan, um einen Wandergewerbeschein zu erlangen, der ihm bisher versagt wurde. Um einen Konflikt mit dem Gesetze zu vermeiden, verkauft er deshalb seine Schriften nicht, sondern nimmt, was man ihm freiwillig gibt. Er bittet nie um etwas, um nicht wegen Bettelns gefaßt zu werden. Bei den Leuten, die ihm Quartier und Kost gewähren, hilft er manchmal sogar bei der Arbeit mit. Er hat sich in der letzten Zeit mit dem von dem Vater erhaltenen Gelde eine Wohnung gemietet und eingerichtet, damit er nicht als Vagabund ohne festen Wohnsitz bezeichnet werden kann. Daß er bei den geschäftlichen Verhandlungen über die Drucklegung seiner Schriften gewandt vorgeht, sich nicht übervorteilen läßt, wird durch die Zeugenaussagen der betr. Geschäftsleute bestätigt. Daß er bei dieser erschwerten Form des Hausierhandels seine Interessen wahrzunehmen versteht, beweist die Tatsache, daß er sich auf diese Weise jahrelang seinen Lebensunterhalt und noch über 2000 M. in bar verdient hat, ohne irgendwie mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen. Seine Geschäftsgewandtheit geht u. a. daraus hervor: Bei seiner letzten Internierung hat er durch seine Anhänger einem Rechtsanwalt in C. 200 M. zustellen lassen, wofür derselbe sich bereit erklärt hatte, T.s Angelegenheiten zu vertreten. Er hat aber, wie ihm T. nachwies, in der ganzen Sache nur einen einzigen Brief geschrieben. Während seines Anstaltsaufent-

Digitized by Google

haltes setzte nun T. durch schriftliche Beschwerde bei der Anwaltskammer durch, daß die Honorierung des Anwalts für diese Leistung beanstandet wurde und ihm 100 M. zurückgezahlt wurden.

Auf die Fähigkeit des T., andere Leute für seine Idee zu begeistern und vollständig in seinen Bann zu ziehen, braucht kaum noch besonders hingewiesen zu werden. Es geht dies aus der ganzen Vorgeschichte hervor. Zu bemerken ist nur, daß sich unter seinen Anhängern nicht nur einfache, wenig gebildete Landleute finden, sondern auch Leute aus gebildeten Ständen, z. B. ein Fabrikbesitzer und ein Kaufmann, welcher zugleich Reserveoffizier in einem Husarenregiment ist. Auch findet sich in den Akten ein von ca. 25 Personen unterzeichnetes Bittgesuch an das Landgericht, in welchem die Unterzeichneten ausführlich für T.s Sache eintreten.

Wie schon oben erwähnt, wurde T. am 30. August 1902 als nicht mehr anstaltspflegebedürftig entlassen. Er nahm zunächst Wohnung bei dem oben erwähnten Kaufmann, seinem Anhänger, und verschaffte sich dann selbst einen festen Wohnsitz, indem er eine Wohnung mietete. Von dort aus unternahm er weiter seine Missionsreisen in Nordwestdeutschland und betrieb außerdem hauptsächlich die Aufhebung seiner Entmündigung. Daß er in den nun seit seiner Entlassung vergangenen zwei Jahren irgendwie mit dem Strafgesetz oder auch nur mit der öffentlichen Ordnung in Konflikt gekommen sei, geht weder aus den Akten hervor, noch ist es uns irgendwie bekannt geworden.

Der Fall T. hat neben seiner rein klinischen Seite noch ein besonderes forensisch-psychiatrisches Interesse. In krimineller Beziehung liegt über T. nicht viel vor. Er ist einmal bestraft im Jahre 1880 mit 50 M. Geldstrafe wegen Beleidigung eines Pastors, welcher gegen die Separationskirche predigte. Damals hat T. offenbar noch unter dem Einfluß seines Vaters, welcher ebenfalls auf Seite der Separierten stand, gehandelt. In das Jahr 1887 fällt die zweimalige oben erwähnte Bestrafung wegen Nichtbefolgung eines militärischen Befehles. Sonst sind, abgesehen von dem Eindringen in die Kirche, Verstöße gegen die öffentliche Ordnung und Sicherheit ihm nicht nachgewiesen. Allerdings wurde ihm als eine gemeingefährliche Handlung auch ausgelegt, daß eine seiner Anhängerinnen ihren Mann und eine andere ihre Dienstherrschaft verließ. Beide haben aber vor Gericht ausdrücklich erklärt, daß sie dies nicht auf Aufforderung T.s getan hätten. Die Ehefrau hat erklärt, sie würde zu ihrem Ehemann zurückkehren, wenn er sie nach Gottes Wort leben ließe.

In zivilrechtlicher Beziehung ist folgendes zu bemerken. Im Jahre 1900 wurde der Antrag auf Entmündigung des T. gestellt. Die dazu herbeigezogenen Gutachten von im ganzen vier medizinischen Sachverständigen sprachen sich übereinstimmend dahin aus, erstens daß T. an chronischer Paranoia litte, und zweitens daß sein Denken und Handeln durch seine Wahnideen in einer Weise beeinflußt sei, welche es ihm unmöglich mache, seine Angelegenheiten wahrzunehmen. Er sei also auch geisteskrank im Sinne des § 6 B.G.B. Es

interessiert vielleicht noch, daß der eine der gehörten Sachverständigen, ein Sanitätsrat *S.*, auf speziellen Wunsch des T. zugezogen wurde, weil dieser ihm als frommer und religiöser Mann bekannt sei, der etwas von Religion und Glaubenssachen kenne. Sanitätsrat *S.* hat denn auch die religiösen Ideen des T. an der Hand zahlreicher Bibelstellen einer eingehenden und sorgfältigen Kritik unterzogen und hat in einer wenigstens den Laien überzeugenden Weise nachgewiesen, daß seine Behauptung, der in der Offenbarung verheißene Zeuge zu sein, mit anderen biblischen Angaben nicht übereinstimme. Da auch sein ganzes Verhalten dagegen spreche, daß er ein bewußter Betrüger sei, so bliebe nur die dritte Möglichkeit übrig, daß es sich bei ihm um eine wahnhafte Verfälschung des Urteils durch geistige Erkrankung handele. Auf Grund aller dieser Gutachten wurde T. am 21. September 1901 wegen Geisteskrankheit im Sinne des § 6 B.G.B. entmündigt und ihm der Entmündigungsbeschluß zugestellt. Gegen diesen Entmündigungsbeschluß erhob T. Klage durch seinen Rechtsanwalt. In der Klageschrift wird auf die Frage, ob T. geisteskrank ist oder nicht, weniger eingegangen, als auf seine durch das entmündigende Gericht angenommene Unfähigkeit, seine Angelegenheiten wahrzunehmen. Die Klageschrift behauptet, daß T. seine Angelegenheiten besorgen könne, und zwar erstens seine Vermögensangelegenheiten, und daß auch nicht ohne weiteres angenommen werden dürfe, er könne durch weitere Konflikte mit der öffentlichen Ordnung, mit der sozialen Gemeinschaft usw. verhindert werden, seine Angelegenheiten im übrigen zu besorgen. Der Klage wurde stattgegeben, und es wurden eine große Reihe von Zeugen vernommen. Von den Aussagen derselben ist folgendes zu erwähnen: Allseitig wurde konstatiert, daß er bei der Drucklegung seiner Schriften sehr geschäftsgewandt und ökonomisch vorging, die Kosten pünktlich bezahlte und sich stets Quittungen geben ließ, weiter daß er stets, ohne anderen zur Last zu fallen, seinen Lebensunterhalt gefunden habe, indem er entweder bei seinen Anhängern wohne oder gegen Bezahlung im Wirtshause logierte und sich dort beköstigte. Bei einer im Oktober 1903 erfolgten persönlichen Vernehmung wußte T. allen Einwürfen sehr gewandt zu begegnen. Z. B. verwahrte er sich durchaus dagegen, seinen Anhängerinnen gesagt zu haben, sie dürften ihre Herrschaft nicht grüßen. Da müsse sich jede selbst prüfen, wieweit sie sich in Gottes Wort gebunden fühle. Gegen den Vorwurf, sich berufslos umherzutreiben, verwahrte er sich eingehend: Er habe ja jetzt ein Heim, seine Tätigkeit sei die Abhaltung von Versammlungen; sein Schriftenvertrieb sei eine ebenso zweckmäßige Arbeit als die manches Kolporteurs; er habe es nur noch schwerer als ein solcher, weil man ihm zweimal einen Wandergewerbeschein abgeschlagen habe. — Offenbar hauptsächlich unter dem Eindruck dieser persönlichen Vernehmung wurde am 2. Dezember 1903 der Klage des T. stattgegeben und der Entmündigungsbeschluß aufgehoben. In der Begründung wird hervorgehoben, daß das Gericht von der Geisteskrankheit des T. fest überzeugt sei; aber das Gericht sei zu der Überzeugung gelangt, daß er trotzdem die wichtigsten seiner Angelegenheiten, nämlich seine Vermögens-

Digitized by Google

angelegenheiten, selbst zu besorgen vermöge und bisher besorgt habe. Das Gesetz verlange aber, wenn die Entmündigung eintreten solle, den Nachweis der Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten. Der könne also in diesem Falle nicht erbracht werden. Ob ihm für die Besorgung seiner übrigen Angelegenheiten ein Pfleger zu bestellen sei oder ob gegen ihn, wenn er die öffentliche Ordnung wieder störe, polizeilich einzuschreiten sei, habe das Gericht nicht zu untersuchen.

Gegen diesen Beschluß des Landgerichts legte der Oberstaatsanwalt Berufung an das Oberlandesgericht ein. In der Begründung wurde angeführt, daß das Landgericht den Begriff der Vermögensangelegenheiten zu eng aufgefaßt habe, indem es lediglich das Verhalten des Klägers in bezug auf den Kolportagehandel berücksichtigte. Zur Besorgung der Vermögensangelegenheiten gehöre aber auch, daß man überhaupt in der Lage sei, ordnungsgemäß zu wirtschaften. Der T. sei aber schon seit Jahren durch seine geistige Erkrankung gehindert, einem geregelten Erwerbe nachzugehen. Außerdem genüge auch die Fähigkeit zur Besorgung der Vermögensangelegenheiten nicht, um eine Entmündigung aufzuheben. „Die fragliche Bestimmung des B.G.B. ist nicht dahin zu verstehen, daß etwa ein Geisteskranker, welcher nur eine einzige seiner Angelegenheiten zu besorgen vermöchte, nicht entmündigt werden dürfe. Vielmehr komme lediglich in Betracht, ob der Geisteskranke zur Besorgung der Gesamtheit seiner Angelegenheiten, d. h. seiner Angelegenheiten im allgemeinen nicht fähig ist. Diese Fähigkeit ist aber dem Kläger, welcher fortgesetzt mit seinen Angehörigen sowie mit anderen Personen und mit den Behörden in Konflikt gerät, gleichfalls ohne weiteres abzusprechen." In der Klagebeantwortung schrieb der Rechtsanwalt des T.: „Die Ausführungen der Berufungsschrift glaube ich am besten mit den in der Klage wiedergegebenen eigenen Worten des Klägers zu beantworten, insofern diese zugleich zeigen, daß der Kläger einen für alle Angelegenheiten des Lebens voll ausreichenden Verstand besitzt." Die angezogenen Ausführungen des T. sind in mancher Beziehung so zutreffend und für seine Fähigkeit, logisch zu denken, so charakteristisch, daß ich sie hier ebenfalls in ihrem ganzen Umfange wiedergeben möchte.

(Abschrift!)

Meine Erwiderung gegen die Berufung. 1. Verlange ich Nachweis, was unter Angelegenheiten zu verstehen ist, nach richtigem Verständnis des § 6 B.G.B.

Sind dies Angelegenheiten im Allgemeinen, oder die Angelegenheit in Gesammtheit, wie der Staatsanwalt behaupten will: also auch sämmtliche Lebensverhältnisse, die Stellung zur Kirche, zur Schule, zum Staat und zur Familie? So muß dies erst erörtert werden, erstlich die Stellung zur Kirche. Welche Kirche? Wo es doch unierte, reformierte und lutherische giebt und katholische; das sind die großen Kirchenkörper, die vom Staat anerkannt und größtenteils mit dem Staat verbunden sind und vom Staat beschützt werden in ihren Gottesdienstlichen Handlungen und kirchlichen Uebungen.

Digitized by Google

Diese Kirchengemeinschaften stehen aber in religiöser Hinsicht auch gegeneinander, haben also verschiedene Stellung, und ich weiß keine Vorschrift vom Staate, wie sie Stellung haben soll; sonst würde auch je das Gesetz aufhören, daß Religionsfreiheit bestehe. Ferner gibt es Baptisten, Methodisten, Irvinginnen, Adwentisten, Dervisten und andere Sekten, und die ganze Freikirche, die aus der Staats- und Landeskirche geschieden sind, weil sie nach der Bibel ihr Wesen nicht als Recht anerkannt haben, die haben alle also auch Stellung genommen gegen die Staatskirche, verwerfen ihr Wesen, Thun und Lehren. Denkt aber ein Mensch daran, daß die deshalb ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen? Viele Menschen bekümmern sich ja garnicht mehr um die Kirche, lästern und spotten über alles, und sind fanatische Feinde der Pastoren, doch wird es deshalb niemand einfallen zu behaupten, daß sie deshalb ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen. Es besteht ja Religionsfreiheit im deutschen Vaterlande und kein Zwang in Gewissens- und Glaubenssachen; so kann mir auch kein Zwang angewiesen werden in der Stellung zur Kirche, wo ich meine Stellung doch fest auf Gottes Wort und Befehl gründe, der beste und sicherste Grund, wobei ich das Heil und Wohl meiner Mitmenschen im Auge habe.

Weiter kommt die Stellung zum Staat in Betracht. Wie viele Sozialdemokraten und Aufrührer gibt es, die gegen den Staat, gegen Kaiser und Regierung wählen, die also falsche Stellung haben zum Staat. Ich will ihr Wesen, Thun und Handeln nicht befürworten; ich bin entschieden dagegen, weil es falsch ist und gegen Gottes Wort. Aber beweisen will ich, daß es niemand einfallen wird zu behaupten, daß die ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen; sonst müßten die ja auch alle entmündigt werden. Und ich glaube, denen und vielen Streikern täthe es manchmal viel eher not als mir. Daß ich nun der Obrigkeit und den Behörden 'mal die Wahrheit gesagt habe und gezeigt, daß Gottes Gebot höher steht als Menschengebot, ist doch kein Grund und Ursache, zu behaupten, daß ich falsche Stellung habe zum Staat und deshalb müsse unterm Vormund stehen, der mir eine bessere Stellung anweisen soll.

Weiter kommt die Stellung zur Familie in Betracht. Wenn man da nun bedenkt, in wie manchen Familien geht es so, daß die Eltern mit den Kindern, Brüder und Schwestern untereinander uneins sind, in großer Feindschaft leben, mit einander prozessen und vor Gericht liegen und sich so einander um ihr Geld und Vermögen bringen. Was haben die denn für Stellung zu ihren Familien? Ich dagegen stehe nur in religiöser Hinsicht gegen meine Familie, in irdischer und leiblicher Hinsicht nicht; es ist falsch, wie behauptet wird, mein Vater habe mich enterbt. Welchen Menschen wird es aber einfallen, zu behaupten, daß einer, der andre Stellung hat und gegen seine Familie steht, daß der deshalb seine Angelegenheit nicht besorgen könne. Wenn man dies recht bedenkt, und es recht erörtert wird, so muß man doch erkennen, wie verkehrt es ist, wenn man solches alles in seine Angelegenheiten hineinziehen will; und der Paragraph des Gesetzes hat es

Digitized by Google

nie gemeint. Dies muß auch doch jeder vernünftige Mensch erkennen können, wenn man den Wortlaut des Gesetzes recht betrachtet: Wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag d. h. wer es nicht kann, wer nicht fähig dazu ist; wie verkehrt würde es klingen, wenn man hinzufügen wollte: Oder wer falsche Stellung einnimmt in der Welt zur Kirche, Schule, Staat und Familie!

2. Verlange ich, daß mir nachgewiesen werde, daß ein Kolportagehandel kein geregelter Erwerb ist. Christliche Schriften zu verbreiten, Religion unter die Menschen zu bringen, sie zu Gott ihrem Schöpfer und Heiland zurückzuführen, ist eine wichtige und Hauptaufgabe, die am meisten mit not tut, weil wir Menschen hier nur so kurze Zeit auf der Welt leben, und diese Zeit eigentlich nur eine Vorbereitung ist auf die Ewigkeit. Dazu besteht ja auch eigentlich der ganze geistliche Stand, dazu wird auch ja nur Mission getrieben in der Heidenwelt wie im Inlande. Wird es aber nachgewiesen, daß dies alles kein geregelter Erwerb ist, dann müssen auch die alle hinweg oder müssen untern Vormund gestellt werden. Soll das allein geregelter Erwerb sein, als Bauer auf dem Lande, als Kaufmann im Geschäft, als Handwerker beim Geschäft und die diese regieren? Dann sollte man vor Allem die doch 'mal erst anfassen, die Lotteriespieler, Künstler, Schauspieler und dergleichen, die den Menschen so viel Geld aus der Tasche locken. Ich glaube zum Kolportagehandel, wo man selbst Schriften schreibt und verfaßt, sich selbst drucken läßt und alles mit den Druckern und Geschäftsführern abzuhandeln hat, dazu gehört ein bischen mehr Klugheit, Energie und Geschicklichkeit als, als einfacher Landmann sein Land zu bestellen und sein Vieh zu versorgen und, was das Land und Vieh hervorbringt und einträgt, zu verkaufen. Das muß doch jeder vernünftige Mensch einsehen, daß ich zu meinem geregelten Erwerb, zu meinem Kolportagehandel, vielmehr Klugheit und Fähigkeit haben muß als als einfacher Landmann; sonst würde ich nie damit fertig, zumal wenn man bedenkt, welche Hindernisse ich habe zu überwinden gehabt, wo ich dies habe bisher müssen, ohne einen Wandergewerbeschein zu haben, der mir von den Behörden verweigert ist, eben weil der Staatsanwalt mich unterm Vormund haben und die Fähigkeit mit Gewalt absprechen will. Da ist es doch immer doppelt schwer und erfordert noch viel mehr Klugheit und Geschicklichkeit; der wenigste Teil würde dies fertig bringen. Und im Gesetze heißt es doch, daß entmündigt werden kann, der seine Angelegenheit nicht zu besorgen vermag. —

Die Berufung des Oberstaatsanwalts wurde in der Tat vom Oberlandesgericht am 5. Februar 1904 abgewiesen und die Aufhebung der Entmündigung als zu Recht bestehend anerkannt. Von den Ausführungen des Oberlandesgerichts ist folgendes von Interesse: „Die Entmündigung auf Grund des § 6 des B.G.B. ist von der doppelten Voraussetzung abhängig, erstens daß jemand seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, und zweitens daß diese Unfähigkeit durch Geisteskrankheit oder Geistesschwäche verursacht ist. Es

fragt sich zunächst, ob die erstere dieser beiden Voraussetzungen zutrifft. Ist das zu verneinen, so bleibt für eine Erörterung in betreff des zweiten Punktes logischerweise kein Raum mehr. Die Worte „seine Angelegenheiten" in § 6 sind im Sinne von „alle seine Angelegenheiten" auszulegen. Ist jemand nur gehindert, einzelne seiner Angelegenheiten zu besorgen, so ist damit wohl die Voraussetzung für eine Pflegschaft, nicht aber für die Entmündigung, nach § 645 Z.P.O. gegeben (Urteil des R.G. IV vom 29. 10. 1900. Jurist. Wochenschr. 1900 S. 848)." Es könne also jemand, der seine Vermögensangelegenheiten ordnungsmäßig erledigt, aber etwa außerstande sei, nach anderen Richtungen hin seine Interessen wahrzunehmen, nicht entmündigt werden. Daß T. seine Vermögensangelegenheiten wahrnehmen könne, hält auch das Gericht für sicher. Es gehe das daraus hervor, daß er bei der Drucklegung und Kolportage seiner Schriften Intelligenz und Geschäftsgewandtheit in einem Grade bekundet habe, der über den Rahmen des Landläufigen und Alltäglichen hinausgehe. Es ließe sich auch nicht behaupten, daß T. außerstande sei, einem geregelten Erwerbe nachzugehen. Trotz der Verweigerung des Gewerbescheines habe er es verstanden, mit der Verbreitung seiner Schriften allein sich durch die Welt zu bringen, ohne mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen. Das spreche weder für eine schutzbedürftige Unerfahrenheit des Klägers noch für seine angebliche Mißachtung der Gesetze. Auch könne es nicht als allgemein bewiesen gelten, daß T. zur Besorgung seiner Angelegenheiten im übrigen unfähig sei. Namentlich beschränkten sich seine Konflikte mit den Behörden im wesentlichen auf seinen fortgesetzten Protest gegen die Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten (abgesehen von geringfügigen in der Vorgeschichte erwähnten Bestrafungen). „Soweit nach diesen Vorgängen und überhaupt nach der Art, wie er seinen religiösen Überzeugungen Ausdruck gibt, etwa Störungen der öffentlichen Ordnung zu besorgen sein könnten, ist doch die Entmündigung ihnen vorzubeugen weder bestimmt noch geeignet" (Entsch. des R.G. Bd. 38 S. 193).

In beiden Fällen ist also ohne wesentliche erbliche Belastung bei bis dahin körperlich und psychisch gesunden, intellektuell und sozial sogar besonders leistungsfähigen Menschen im Mannesalter (Ende des dritten und Mitte des vierten Lebensjahrzehntes) eine hauptsächlich durch das Auftreten von Wahnideen charakterisierte Psychose entstanden, die in einem Falle seit beinahe 20, im anderen Falle seit über 25 Jahren noch besteht, ohne zu einem ersichtlichen Intelligenzdefekt geführt zu haben. Denn daß das Urteilsvermögen der beiden Kranken — abgesehen von einer Verfälschung durch Wahnideen —, ihre Fähigkeit zum zweckentsprechenden Denken und Handeln auch heute nach so langer

Digitized by Google

Krankheitsdauer noch völlig erhalten ist, geht wohl zur Genüge aus den oben mitgeteilten Angaben der Krankengeschichte hervor. Man ist also von diesem Gesichtspunkt aus berechtigt, die Fälle der chronischen Paranoia auch in dem stengen Sinne *Kraepelins* zuzurechnen.

Die Frage, die namentlich der Fall 1 (H. W.) nahelegt, ob man vielleicht hier die als „Querulantenwahn" bezeichnete Form der chronischen Paranoia vor sich hat, muß im verneinenden Sinne beantwortet werden. Wir sehen allerdings ein vielfaches Vorgehen gegen Behörden und Gesetze, das bei W. vielleicht sogar von einer Schädigung seiner Rechtssphäre seinen Ausgang nimmt; aber die weiteren Schritte entwickeln sich nicht so konsequent aus diesem ersten Konflikt, wie man dies bei dem wirklichen Querulantenparanoiker sieht. Und weiter fehlt dem weiteren Vorgehen des W. gegen die Behörden vielfach der egozentrische Mittelpunkt. Er beschränkt sich meist darauf, gegen seine Zurückhaltung in der Irrenanstalt zu protestieren, kümmert sich aber sonst vielfach um das nach seiner Meinung anderen Leuten angetane Unrecht und provoziert dadurch neue, mit seiner eigenen Sache nicht im Zusammenhang stehende Konflikte. Bei dem Fall 2, T., tritt die wahnhafte Beeinträchtigung der persönlichen Rechtssphäre noch mehr in den Hintergrund; er kämpft, leidet und duldet fast ausschließlich für seinen Prophetenberuf, den er nur im Interesse anderer ausübt.

In bezug auf Verlauf und klinische Erscheinungen der beiden Fälle ist die Tatsache von Interesse, daß im Fall 1, bei H. W., lebhafte Sinnestäuschungen zweifellos eine große Rolle spielen, während im Fall 2, bei T., Halluzinationen wenigstens im gewöhnlichen Sinn sowohl im Beginn als im weiteren Verlauf der Erkrankung völlig fehlen.

Die Sinnestäuschungen im Falle 1, bei H. W., sind in erster Linie halluzinatorisch verfälschte Organempfindungen, dann wohl auch Geschmacks- und Geruchstäuschungen; ob Halluzinationen von seiten der höheren Sinne auch auftreten, konnte durch die Beobachtung nicht mit Sicherheit erschlossen werden. Wir wissen, wie gerade diese Halluzinationen von seiten der gesamten „Körpergefühlssphäre" das somato-psychische Bewußtsein und damit das

Digitized by Google

gesamte Persönlichkeitsbewußtsein im Sinne von *Wernicke* erheblich beeinflussen können, und *Cramer*[1]) hat neuerdings auch darauf hingewiesen, daß gerade in Fällen erhaltener Urteilsfähigkeit diese Halluzinationen die Quelle der die Paranoia einleitenden krankhaften Beziehungsvorstellungen werden können. So wird man die Rolle dieser Organhalluzinationen im vorliegenden Falle nicht unterschätzen dürfen, um so weniger, als ja auch die bei W. bestehenden Verfolgungsideen deutlich ihren Zusammenhang damit dokumentieren. Daß diese Halluzinationen beim Beginn der Erkrankung des W. eine Rolle gespielt haben, wird um so wahrscheinlicher gemacht durch die Tatsache, daß seine Erkrankung auch weiterhin offenbar in einzelnen Attacken verläuft, welche jeweils durch das lebhaftere Auftreten solcher Halluzinationen gekennzeichnet sind. Sehr deutlich tritt dieser Zusammenhang hervor bei der letzten Attacke, die nach sechsjährigem ungestörten Leben in der Freiheit zu neuen Konflikten des W. mit Behörden und zu seiner erneuten Internierung in der Anstalt Anlaß gab; hier haben offenbar halluzinatorische Empfindungen von seiten der Sexualsphäre zu den erneuten, auf einem ganz anderen Gebiet als früher liegenden Verfolgungsideen Anlaß gegeben. Bemerkenswert ist endlich auch die Tatsache, daß die anatomischen und medizinischen Anschauungen des W. und seine Heilmethoden in engem Zusammenhang mit seinen körperlichen Halluzinationen stehen.

Dem Falle W. gegenüber stellt der Fall T. den Typus der reinen „Paranoia chronica simplex" im Sinne von *Mendel* und *Ziehen* dar, insofern, als im ganzen Verlauf Sinnestäuschungen keine nennenswerte Rolle gespielt haben. Wenigstens bei dem über viele Jahre ausgedehnten Anstaltsaufenthalt des T. wurde nie eine Beobachtung gemacht, die in diesem Sinne gedeutet werden kennte; die Angaben des T. selbst über die Art, wie er seine „prophetische Mission" etc. erkannte, lassen auch keine solche Deutung zu; er hat nie eine „Stimme Gottes" oder etwas derartiges gehört. Nun ist ja die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß bei der Entstehung der Psychose im Jahre 1887 ebenfalls

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 24.

Digitized by Google

Organhalluzinationen vorhanden waren und in der von *Cramer* angedeuteten Weise auf dem Wege der Beziehungsvorstellungen die Paranoia eingeleitet haben. Es spricht aber gegen diese Annahme die Tatsache, daß Verfolgungsideen bei dieser Paranoia eine ganz untergeordnete Rolle spielen; denn was T. als „Verfolgungen" durch seine Feinde und Widersacher bezeichnet, sind ja wirkliche Vorkommnisse (die Konflikte mit der Geistlichkeit. Internierung in der Anstalt, Verhöhnung von seiten anderer Kranken). die er selbst durch sein Verhalten provoziert hat und die er im Sinne seiner Größenidee als die notwendigen Konsequenzen seiner prophetischen Mission, als die Erfüllung der Weissagungen ansdeutet. Bei dem ganzen Verlauf der Psychose von Beginn derselben bis jetzt werden richtige Verfolgungsideen im Sinne der gewöhnlichen Paranoia völlig vermißt. Die einzige, auch jetzt noch festgehaltene, allerdings im Laufe der Zeit weiter ausgestaltete Größenidee, die Überzeugung, einer der beiden in der Offenbarung geweissagten Zeugen des Jüngsten Gerichts zu sein. trat gleich zu Beginn des Leidens autochthon auf, wie es *Ziehen* von den primären Wahnideen beschreibt, ohne durch Halluzinationen oder Beziehungsvorstellungen vermittelt zu werden. Wahrscheinlicher ist es, daß sie sich vorbereitet hat auf dem Boden einer von vornherein abnormen Stimmungslage, wie es nach dem Vorgang anderer (*Specht*) von *Störring*[1]) ausführlicher geschildert wird: nur besteht hier die Abnormität der Stimmungslage nicht in einem krankhaften Mißtrauen oder einer übergroßen Empfindlichkeit, sondern es muß sich hier um eine abnorme gehobene Stimmung, das Gefühl. der Umgebung überlegen zu sein, handeln. Man wird bei der Genese der T.schen Paranoia auch den Einfluß des Milieus nicht vergessen dürfen. Zweifellos ist die Bevölkerung, aus welcher er stammt, heute noch sehr religiös mit einem Zug ins Mystische, und die Neigung, über religiöse Fragen zu grübeln, ist dort häufig. Ein Beweis dafür ist ja auch die Entstehung der Freikirche und das Interesse, das man allgemein an diesem Vorgang nahm. Speziell hat sich auch die Familie des T., namentlich der Vater, ein sonst nüchterner, verständiger

[1]) Psychopathologie, Leipzig 1900.

Digitized by Google

Bauer, damit beschäftigt, und das erste Vorgehen des T. gegen die offizielle Kirche zugunsten der Freikirche war ja direkt von seinem Vater inspiriert.

Auf Grund aller dieser Tatsachen und Erwägungen kann man also den Fall T. als eine echte „Paranoia simplex", bei welcher Sinnestäuschungen keine oder eine ganz untergeordnete Rolle gespielt haben, bezeichnen. Da die Existenz dieser Form neuerdings, z. B. in dem Handbuch von *Pilcz*,[1]) wieder in Frage gestellt wurde, möchte ich das noch besonders betonen. Übrigens sind die Fälle nicht so ganz selten; in einer in der Göttinger Klinik kürzlich gearbeiteten Dissertation von *Frontheim* ist noch ein ähnlicher Fall beschrieben. Die Frage, ob man berechtigt ist, auf Grund dieser und ähnlicher Fälle die ohne Sinnestäuschungen verlaufende Paranoia als eine eigene Form unter dem Namen „Paranoia simplex" abzugrenzen, soll hier nicht weiter erörtert werden. Aber es drängt sich angesichts der beiden hier beschriebenen Fälle, die sonst in bezug auf lange Dauer des Leidens bei Erhaltensein der äußeren Besonnenheit und des Urteilsvermögens manche Analogien bieten, doch die Erwägung auf, ob das Fehlen oder Vorhandensein der Sinnestäuschungen einen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf und die Erscheinungsformen der Paranoia besitzt. Hier wird man einen bereits oben angedeuteten Punkt jedenfalls hervorheben dürfen. Der attackenweise Verlauf der chronischen Paranoia wird wesentlich durch das Auftreten von Halluzinationen mitbestimmt, eine Tatsache, die ja auch von *Krause* früher hervorgehoben ist und die man so vielfach beobachten kann, daß sie einer weiteren Erläuterung nicht bedarf.

Es sei noch auf einen anderen Punkt hingewiesen. Wir haben oben hervorgehoben, daß in beiden Fällen die Urteilsfähigkeit und die äußere Besonnenheit bei der ganzen langen Dauer des Leidens erhalten blieb. Das trifft auch im gewöhnlichen Sinne zu; man kann weder im Fall W. noch im Fall T. von geistiger Schwäche reden. Daß dabei das Urteil der Kranken wie überhaupt ihr ganzes Denken und Handeln durch ihre Wahn-

[1]) Lehrb. d. sp. Psychiatrie; Leipzig und Wien, 1904.

Digitized by Google

ideen bestimmt und so verfälscht wird, ist eine Sache für sich. Betrachtet man aber beide Fälle nebeneinander, so zeigt sich doch, daß bei der Paranoia ohne Sinnestäuschungen, bei T., in noch weitgehenderem Maße die Fähigkeit erhalten blieb, sein Handeln zweckmäßig, der ganzen Situation entsprechend zu gestalten. Noch mehr: seine ganze Lebensführung seit ca. 20 Jahren ist nach einem wohlüberlegten Plan eingerichtet und von einer Leitidee — wenn auch wahnhaften Charakters — bestimmt: aber dieser Leitidee ordnet sich alles andere unter. Das Handeln des T. in den einzelnen Situationen entspricht stets seiner Idee und trägt außerdem den jeweiligen Verhältnissen Rechnung. Bei W., dem mit Halluzinationen verlaufenden Fall, trifft dies weniger zu. Trotzdem er bei einzelnen Handlungen, wie seinen Entweichungsversuchen, seinen Bemühungen, sich neue Erwerbsquellen zu erschließen, äußerst gewandt und überlegt vorgeht, fehlt doch seiner ganzen Lebensführung der planmäßige, auf die Verwirklichung eines bestimmten Zieles gerichtete Zug. Ganz deutlich tritt dies vor der letzten Anstaltsaufnahme hervor. Fast fünf Jahre lebt W. in der Freiheit, ohne irgendwelche Schritte gegen Behörden zu unternehmen, nur mit der Ausübung seines Gewerbes und seiner Kurpfuscherei beschäftigt; er wird auch von den Behörden völlig unbehelligt gelassen. Plötzlich geht er ohne äußere Veranlassung wieder gegen eine Verwaltungsbehörde vor, mit der er bis dahin gar nichts zu tun hatte, und erhebt Anschuldigungen ganz anderer Art als früher. Auch in seinen Schreiben an die Gerichte etc. vermißt man bei aller Gewandtheit der Abfassung die Beherrschung des Materials und die taktische Klugheit, welche die Schriftstücke des einfachen Bauernsohnes T. auszeichnen; er hat nicht wie T. das Bestreben, seine aus seinen Größenideen entspringenden Forderungen möglichst auf dem Boden der bestehenden Gesetzgebung und unter Anerkennung der staatlichen Autoritäten durchzusetzen. Als „Schwachsinn" im gewöhnlichen Sinne des Wortes wird man aber diesen Mangel an höherer, die gesamte Lebensführung zweckmäßig bestimmender Einsicht nicht bezeichnen dürfen. Zeigt doch die Analyse, daß die einzelnen Faktoren, welche eine intakte geistige Leistungsfähigkeit gewährleisten, vollkommen erhalten sind und

Digitized by Google

auch keine graduelle Abschwächung aufweisen: ebenso lassen einzelne Handlungen des W. ein hohes Maß von Intelligenz erkennen. Ich möchte gerade in diesem Fall in den Sinnestäuschungen ein wichtiges Moment für die oben gedachte Störung erblicken, nicht etwa als ob sie jederzeit den normalen Gedankengang zu durchkreuzen oder das Resultat einer kritischen Überlegung zu verfälschen imstande wären — W. kann auch in der Zeit lebhafter Halluzinationen sehr wohl überlegen und z. B. Entweichungsversuche unter Berücksichtigung der allernebensächlichsten Momente planen. Aber die harmonische Übereinstimmung des gesamten Bewußtseins, die Fähigkeit, den jeweiligen Gedankengang höheren Gesichtspunkten anzupassen und unterzuordnen, ist durch sie gestört. Es liegt in gewissem Grade das vor, was *Wernicke* als „Sejunktion" bezeichnet. Die Sinnestäuschungen sind wenn auch nicht die Ursache, so doch eine Begleiterscheinung und ein Zeichen dieser Sejunktion. Wenn man sie also, wie *Wernicke* in seinen Fällen „residuärer Hallucinosis" nicht als eine aktive Reizerscheinung auffassen will, so weisen sie doch darauf hin, daß eine Schwächung oder Schädigung der assoziativen Zentren noch besteht und die Gesamtleistung derselben stärker beeinträchtigt als bei der ohne Halluzinationen verlaufenden Paranoia. Abgesehen von den hier kurz berührten Momenten, glaube ich nicht, daß das Fehlen oder die Anwesenheit von Sinnestäuschungen den Verlauf oder die Erscheinungsweise der echten chronischen Paranoia wesentlich beeinflußt; die Abgrenzung einer eigenen, nur durch das Fehlen von Sinnestäuschungen unterschiedenen Form als „Paranoia simplex" hat daher nur eine untergeordnete Bedeutung.

Nebenbei sei noch auf die Tatsache hingewiesen, daß beide Kranke auf zahlreiche Personen ihrer Umgebung einen geradezu faszinierenden Eindruck ausübten. Die Gemeinde, die T. um sich sammelte, die Leute, die sich sonst für ihn und sein Schicksal interessierten, ebenso diejenigen, welche den W. mit Geld und sonstigen Beihilfen, selbst unter der Gefahr, bestraft zu werden, unterstützten, gehören den verschiedenartigsten Ständen an; sie erweisen sich bei einzelnen Zeugenvernehmungen vielfach als kluge, verständige Menschen, und doch gehen sie zum Teil rück-

Digitized by Google

haltlos in den wahnhaften Ideen und Projekten der beiden Kranken auf. Wenn man hier auch nicht direkt von induziertem Irresein sprechen kann, so gehören diese Vorgänge doch zu den interessanten pathologischen Erscheinungen des Volkslebens und erinnern an die bekannten psychischen Epidemien, die von den Franzosen als „folie des foules" beschrieben sind.

Was nun die forensische Seite der beschriebenen Fälle betrifft, so interessiert in erster Linie die zivilrechtliche Stellung der beiden Kranken. Beide Kranke wurden entmündigt: W. schon bald nach Ausbruch seiner Erkrankung, etwa um 1885 — die Akten des betreffenden Amtsgerichts konnten uns leider nicht zugängig gemacht werden ; T. wurde erst 1901 und zwar wegen „Geisteskrankheit" im Sinne des § 6 B.G.B. entmündigt. Es verlohnt sich, auf die Schicksale dieses Entmündigungsbeschlusses näher einzugehen. Schon die Frage, ob man bei jemand, der über so erhebliche intellektuelle Fähigkeiten verfügt und so geordnet denkt und handelt, berechtigt ist, den höheren Grad der geistigen Störung, den das Gesetz mit dem Ausdruck „geisteskrank" bezeichnet, anzunehmen, kann Zweifel erwecken. Bemerkenswert ist hier auch, daß man dem T. den Entmündigungsbeschluß wegen „Geisteskrankheit" zugestellt hat, obwohl dies die Z.Pr.O. nur bei der Entmündigung wegen „Geistesschwäche" vorsieht. Aber hier ist sicherlich der von *Rieger*[1]) kürzlich wieder betonte praktische Gesichtspunkt am Platze, daß man Querulanten und ähnliche Paranoiker entweder ganz in Ruhe lassen solle oder versuchen soll, sie möglichst weitgehend in geschäftlicher Hinsicht zu beschränken. Eine andere Frage ist es, ob überhaupt hier die Entmündigung gerechtfertigt war. Daß T. geistesgestört im medizinischen Sinne ist, das unterliegt ja keinem Zweifel. Weniger leicht ist aber der Nachweis der Unfähigkeit zur Besorgung seiner Angelegenheiten. Daß er seine Vermögensangelegenheiten besorgen konnte, hat die Berufungsinstanz auf Grund von Zeugenaussagen anerkannt (siehe oben): T. gibt zwar viel Geld für die Drucklegung der unter dem Einfluß seiner Paranoia entstandenen Schriften aus; aber er weiß

[1]) Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1904. No. 16 und 17.

Digitized by Google

dafür, sogar unter erschwerten Umständen, so viel Einnahmen zu erzielen, daß er davon leben kann: auch sein sonstiges geschäftliches Gebaren ist klug, umsichtig und erfolgreich. Damit ist für die Berufungsinstanz der Nachweis erbracht, daß die Entmündigung zu Unrecht besteht; denn das Gesetz erfordert die Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten.

Man wird einwenden können, daß der Nachweis der Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten auch bei sehr schweren Psychosen nur selten zu erbringen ist. Häufig finden sich einige Angelegenheiten, z. B. die Besorgung der eigenen Person, gesellschaftliche Haltung und äußeres Auftreten, die auch von schwer Geisteskranken noch erledigt werden. In der Praxis beschränkt man sich ja deshalb darauf, nachzuweisen, daß die Mehrzahl der wichtigsten Angelegenheiten, insbesondere neben den Vermögensangelegenheiten die Beziehungen zur Familie, zur Gesellschaft, zum Staat und zur Kirche, die Ehre und der gute Ruf des Betreffenden durch sein — krankhaft bedingtes — Verhalten Not leiden. Der Hauptsache nach sind das diejenigen Beziehungen, deren Verletzung den Kranken als „gemeingefährlich" erscheinen lassen. Wie es mit dieser Gemeingefährlichkeit bei T. steht, darüber will ich mich unten äußern. Hier möchte ich nur vorwegnehmen, daß auch ihr Nachweis als nicht erbracht gelten konnte. Aber selbst für den Fall ihres Vorhandenseins durfte in Übereinstimmung mit einer Reichsgerichtsentscheidung (Bd. 38 No. 50) darin kein Grund für die Aussprechung einer Entmündigung erblickt werden. Dies betonte auch die zweite Revisionsinstanz, das Oberlandesgericht, indem es von neuem die Aufhebung der Entmündigung aussprach. Die Bedeutung dieser Entscheidungen für den ärztlichen Sachverständigen liegt meines Erachtens nicht nur darin, daß die Entmündigung nicht bestimmt ist, gemeingefährlichen Handlungen eines Geisteskranken vorzubeugen, sondern auch darin, daß sie dazu — wenigstens in vielen Fällen — nicht geeignet ist. In der Tat wüßte ich nicht, wie die Entmündigung als solche einen Kranken wie T. verhindern soll, auch weiter in seine eigene Familie, in andere Ehe- und Dienstverhältnisse Zwist zu tragen, Behörden und Pastoren mit mündlichen und schriftlichen Invektiven zu belästigen usw., wenn es dies vorher

Digitized by Google

getan hat. Daran kann er nur durch eine Verwaltungs- oder Polizeimaßregel, durch die Anstaltsinternierung verhindert werden, und diese kann bekanntlich auch ohne Entmündigung veranlaßt werden.

Wenn aber bei T., wie dies nun in zwei Instanzen geschehen ist, die Entmündigung aus den obigen Gründen als zu Unrecht bestehend angesehen wurde, so muß man dasselbe auch dem W. zuerkennen, bei welchem ganz ähnliche Krankheitsverhältnisse vorliegen, nur daß bei W. noch die zeitweiligen mit Sinnestäuschungen einhergehenden Attacken auftreten. Aber trotz dieser Sinnestäuschungen und selbst zur Zeit ihres lebhaften Bestehens hat W. für sich und seine Familie den Lebensunterhalt auf legale Weise gewonnen. Denn neben seiner Kurpfuscherei, die ja ohne weiteres auch nicht strafbar ist, hat er ja auch Geld durch Maschinenreparatur und in seinem erlernten Gewerbe verdient; und seine „gemeingefährlichen" Handlungen bestanden bis jetzt und seit über 20 Jahren nur in brieflichen Invektiven gegen Behörden, die tatsächlich durch die seit langem bestehende Entmündigung nicht verhindert werden konnten.

Man wird weiter dieselben Gesichtspunkte bei der Frage der Entmündigung vieler querulierender Paranoiker beachten müssen. Wenn sie, wie dies häufig der Fall ist, ihre Vermögensangelegenheiten besorgen können, wird man in ihren querulatorischen Handlungen nur dann einen Grund zur Entmündigung erblicken können, wenn sie sich in einer gesellschaftlichen und familiären Stellung befinden, daß sie durch solche Invektiven in hohem Grade ihren guten Ruf und den ihrer nächsten Verwandten (Ehegatten, Kinder) schädigen, oder wenn sie durch Verwicklung in zahlreiche Prozesse ihr eigenes Vermögen oder das ihrer Kinder erheblich dezimieren. Beide Gesichtspunkte fallen bei unseren Paranoikern weg. Der eine, W., ist sehr besorgt für den Lebensunterhalt seiner Frau; beide haben spontan, wenn sie in Ruhe gelassen werden, keine Veranlassung, Prozesse anzustrengen; sie wollen nur von der Anstaltsinternierung und von der Entmündigung befreit werden. Beide sind zudem kinderlos, so daß auch nach dieser Richtung weder in bezug auf Ausübung elterlicher Rechte noch auf Wahrung des Ansehens oder des Vermögens ihrer Nach-

kommen ihnen besondere Angelegenheiten zur Besorgung obliegen. Endlich scheint es mir für die vorliegende Frage auch nicht gleichgültig, ob ein solcher Kranker durch Geburt oder Lebensstellung einer gesellschaftlichen Stufe angehört, welche seinen und seiner Familie Namen weiteren Kreisen bekanntmacht, oder ob er unter der großen Menge verschwindet. Im ersteren Fall gehört es immer zu seinen „Angelegenheiten", diesen Namen für sich und seine Familie vor Schädigungen zu bewahren, wie sie durch das „Zerren an die Öffentlichkeit" bei Prozessen und ähnlichen Affären unvermeidlich sind. Der letztere Gesichtspunkt ist natürlich ein sehr diffiziler und soll nicht im Sinne eines ungleichen Rechtes für Hoch und Niedrig gedeutet werden.

Anders als mit der Geschäftsfähigkeit der beiden Kranken liegt die Sache mit ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Hier ist zunächst darauf hinzuweisen, daß sie sich besonders schwere Vergehen nicht haben zuschulden kommen lassen. T. hat zweimal einen militärischen Befehl nicht befolgt, wofür er mit einigen Tagen Arrest bestraft wurde. Einmal ist er wegen Beleidigung eines Pastors mit einer Geldstrafe belegt worden. Dann hat er wiederholt abfällige Äußerungen gegen Pastoren sowie gegen anerkannte Religionsgemeinschaften getan und hat einige Male versucht, in Kirchen während des Gottesdienstes einzudringen und dort in seiner Weise zu predigen, woran er aber verhindert wurde. Ob darin etwa Vergehen gegen §§ 166 und 167 Str.G.B. zu erblicken sind, mag dahingestellt bleiben; Strafanträge wurden nicht gestellt. Auch ist nie bekannt geworden, daß er etwa durch seinen Anzug öffentliches Ärgernis erregt oder durch seine Predigten usw. ruhestörend gewirkt hätte. — W. hat allerdings häufiger Briefe beleidigenden und drohenden Inhalts an und über Beamte und andere im öffentlichen Leben stehende Personen geschrieben. Er hat aber niemals auch nur den Versuch eines wirklichen Angriffes auf irgend jemand gemacht. Dazu kommt nun noch die kurpfuscherische Tätigkeit des W. Ob er sich hierbei Vergehen gegen das Str.G.B. zuschulden kommen ließ, ist schwer zu sagen. Arztähnliche Titel hat er nie geführt; er hat meist auch seine Heiltätigkeit an seinem jeweiligen Wohn-

Digitized by Google

sitz in der Form von Sprechstunden und Konsultationen ausgeübt. Für einige der von ihm verschriebenen Mittel hatte er durch seine Frau die Konzession eingeholt. Im übrigen wird er in bezug auf Vertrieb von differenten Mitteln, Verkauf von Geheimmitteln usw. nicht mehr und nicht weniger getan haben als die zahllosen anderen Kurpfuscher, welche unbehelligt ihr Wesen treiben, und wird in demselben Maße wie die übrigen seine gläubigen Mitmenschen geschädigt haben; jedenfalls sind ihm keinerlei fahrlässige Körperverletzungen bestimmt nachgewiesen.

Was nun die strafrechtliche Verantwortlichkeit der beiden Kranken betrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, daß ihr Vorgehen gegen Behörden, die etwaigen Beleidigungen derselben ebenso wie das Verhalten des T. gegenüber der Kirche und ihren Vertretern der Ausfluß der geistigen Erkrankung sind und daß für alle diese Handlungen, soweit sie als Vergehen gegen bestimmte Paragraphen des Str.G.B. aufgefaßt werden können, der Tatbestand des § 51 Str.G.B. besteht. Die Kurpfuscherei des W. erscheint auf den ersten Blick völlig unabhängig von seiner Paranoia. Wie seine erlernte Profession, die Maschinenreparatur, übt er auch die Kurpfuscherei geschäftsgewandt, mit Verwertung seiner großen Fähigkeit, die Menschen zu beeinflussen, und mit gutem pekuniären Resultat aus. Seine Heilmittel und Heilerfolge unterscheiden sich nicht wesentlich von denen geistesgesunder Kurpfuscher, und bei etwaigen Vergehen, die er sich in Ausübung dieses Gewerbes zuschulden kommen ließe, würde nicht ohne weiteres ein Zusammenhang des Rechtsbruches mit seiner Psychose erhellen. Sieht man jedoch genauer zu und verfolgt man an der Hand seiner schriftlichen und mündlichen Äußerungen namentlich seine Anschauungen über Bau und Funktionen des Körpers und seine darauf basierenden Behandlungsmethoden, so gewahrt man doch einen interessanten und engen Zusammenhang seines Verhaltens als Kurpfuscher mit seiner geistigen Erkrankung. Die Krankheitsgeschichte des W., namentlich in den letzten zehn Jahren, zeigt, daß vielfach bei ihm Organhalluzinationen und halluzinatorisch verfälschte Organempfindungen auftreten und seinen Wahnideen Inhalt und Richtung geben, teils im Sinne von hypo-

chondrischen, teils von Verfolgungsvorstellungen. Dieselben somatopsychischen Wahnideen findet man oft wortwörtlich in seinen mündlichen und schriftlichen Äußerungen über seine Heilmethoden; sie bilden die Grundlage seiner Anschauungen von Bau und Funktionen des menschlichen Körpers, und darnach richtet er sein Heilverfahren ein. Mit Nachdruck betont er bei der Erörterung vieler Krankheiten, daß er das alles an sich selbst durchgemacht habe. Diese Umstände stellen also einen engen ätiologischen Zusammenhang her zwischen den Wahnideen des W. und einem scheinbar so fernliegenden Gebiet wie seine kurpfuscherische Tätigkeit: eine Illustration zu der Tatsache, daß auch auf komplizierten Umwegen eine scheinbar normale Handlungsweise eines Paranoikers durch krankhafte Vorstellungen beeinflußt sein kann, wenn die Zusammenhänge auch nicht in jedem Fall so ersichtlich sind wie im vorliegenden.

Neben der zivil- und kriminalrechtlichen Verantwortlichkeit der beiden Kranken ist die Frage ihrer Anstaltspflegebedürftigkeit zu prüfen. Bei der ganzen Natur der Erkrankung kann ja von einem etwa durch Anstaltsbehandlung zu erzielenden Heilerfolge nicht die Rede sein. Auch die Möglichkeit, die man sonst bei derartigen Fällen manchmal hat, durch eine längere Anstaltsbehandlung gewisse Hemmungen anzuerziehen, wird durch die Tatsache beinahe aufgehoben, daß der unfreiwillige Anstaltsaufenthalt gerade diese beiden Kranken nur in ihren Wahnideen bestärkt. Eine Hilflosigkeit oder Pflegebedürftigkeit liegt gleichfalls nicht vor, da sie ja deutlich bewiesen haben, daß sie außerhalb der Anstalt nicht nur leben, sondern auch ihren Unterhalt erwerben konnten. Es bleibt also, um die Internierung in der Anstalt zu begründen, nur ein rein verwaltungstechnischer oder polizeilicher Gesichtspunkt: die „Gemeingefährlichkeit".

Die „Gemeingefährlichkeit" ist kein medizinischer, sondern ein verwaltungstechnischer Begriff und auch als solcher, wie bekannt, sehr dehnbar und schwer zu umschreiben. Trotzdem wird häufig der medizinische Sachverständige, insbesondere der Anstaltsleiter, nach der Gemeingefährlichkeit eines Kranken gefragt. Bestimmte Anhaltspunkte, welche den Schluß auf Gemeingefährlichkeit erlauben, ergeben aber weder die Vorgeschichte und die

Digitized by Google

aus ihr etwa bekannten gemeingefährlichen Handlungen, noch das gegenwärtige Verhalten des Kranken. Eine wesentliche Rolle spielt eben auch hier das Milieu, in das der Kranke versetzt werden soll, und die äußeren Umstände, welche dann auf ihn einwirken werden. Es scheint uns deshalb auch der neuerdings gemachte Vorschlag, die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken in einem Akt von gerichtlichem Verfahren, ähnlich wie bei der Entmündigung, festzustellen, nicht sehr aussichtsvoll.

Im vorliegenden Fall sind nun beide Kranke wiederholt als gemeingefährlich erklärt worden weniger von den ärztlichen Sachverständigen als von den Verwaltungsbehörden und infolge dessen jahrelang in der Anstalt festgehalten worden. Man erblickte die Gemeingefährlichkeit des T. hauptsächlich in seinem Vorgehen gegen die anerkannte Kirche und die Pastoren, sowie in der Tatsache, daß er eine seiner Anhängerinnen veranlaßt habe, ihren Mann, eine andere, ihre Dienstherrschaft zu verlassen. W. wurde für gemeingefährlich gehalten wegen seiner Drohbriefe gegen Richter, Behörden und politische Persönlichkeiten, weniger wegen seiner Kurpfuscherei; erst während des letzten Anstaltsaufenthaltes und der sich daran knüpfenden Verhandlungen über seine etwaige Entlassung wurde dieses Moment mit in Betracht gezogen, obwohl doch gewiß dem Gesundheit suchenden Publikum wie dem Ärztestand gegenüber die medinische Kurpfuscherei des W. ein mindestens ebenso bedenkliches Unternehmen darstellt, wie es die unberufene Konkurrenz des T. auf religiösem Gebiet den Vertretern der staatlich anerkannten Religionsgemeinschaften gegenüber war. Die Berechtigung, aus den genannten Handlungen die Gemeingefährlichkeit abzuleiten, ist zweifellos; man wird aber bezweifeln müssen, ob die infolgedessen jahrelang verhängte Anstaltsinternierung auch zweckmäßig sowohl im Interesse der Kranken wie der Gesellschaft war. Ein Teil der querulierenden Briefe beider Kranken an Behörden entsprang ja ihrer Klage über die verhängte Anstaltsinternierung und die Entmündigung; mit dem Wegfall dieser Beschränkungen der persönlichen Freiheit hörten sie auf. Die tatsächlichen Belästigungen ferner, welche durch T. den kirchlichen Einrichtungen angetan wurden, waren sehr gering, und es konnte füglich den betreffenden Faktoren, der Gemeinde

Digitized by Google

und den Geistlichen, überlassen werden, sich dagegen zu schützen, ohne daß man gleich zu dem schweren Mittel der Anstaltsinternierung zu greifen brauchte. Und die weiter gegen T. gerichteten Vorwürfe, Zwietracht in eheliche und dienstliche Verhältnisse getragen zu haben, erwiesen sich bei einer späteren Zeugenvernehmung als ziemlich unberechtigt: er hat nicht direkt dazu aufgefordert, und es war die subjektive Anschauung der Betreffenden, wenn sie seine religiösen Lehren in diesem Sinne auffaßten und so handelten. In bezug auf W. ist noch hervorzuheben, daß er niemals während der zwei Jahrzehnte seiner Krankheit irgendwelche Anstalten getroffen hat, seine brieflich geäußerten Drohungen in die Tat zu übersetzen. Was ihn in den Augen des Mediziners eigentlich in erster Linie als gemeingefährlich erscheinen läßt, darauf ist von den Verwaltungsbehörden eigentlich am wenigsten Gewicht gelegt worden, und es erscheint dies auch begreiflich angesichts der großen Anzahl sonstiger Kurpfuscher, die unbehelligt ihrem Gewerbe nachgehen, und vor denen sich zu schützen man ja auch sonst der Einsicht des Publikums überläßt.

Neben diesen verhältnismäßig geringfügigen gemeingefährlichen Handlungen erscheint die jahrzehntelang — wenn auch mit Unterbrechungen — durchgeführte Entziehung der persönlichen Freiheit als eine außerordentlich harte Maßregel, besonders wenn man bedenkt, daß die für die polizeiliche Überwachung und die Anstaltsverpflegung der beiden Leute aufgewendeten Kosten zu dem etwa von ihnen anzurichtenden Schaden in gar keinem Verhältnis stehen: beide hätten sich ohne Schwierigkeiten in derFreiheit selbst erhalten, ohne jemand zur Last zu fallen. Dabei ist noch nicht einmal in Betracht gezogen, wie störend derartige unfreiwillige, stets fluchtbereite Anstaltsinsassen in den Betrieb der modernen Irrenanstalt mit ihrem freien Regime eingreifen; es ist ferner nicht in Betracht gezogen, wie sehr die psychische Erkrankung unter dem Einfluß der zwangsweisen Internierung sich verschlechtert, so daß jede Möglichkeit einer bessernden oder gar heilenden Beeinflussung illusorisch wird. Daß bei völlig unverändertem Krankheitszustand die Existenz außerhalb der Anstalt möglich ist, hat ja bis jetzt auch das mit

Digitized by Google

T. vorgenommene Experiment erwiesen; er lebt seit zwei Jahren außerhalb der Anstalt in geordneten Verhältnissen, ohne den geringsten Konflikt mit der öffentlichen Ordnung wieder gehabt zu haben. Möglich ist es ja, daß die zu einem solchen Leben erforderlichen Hemmungen ihm während des Anstaltsaufenthaltes anerzogen wurden und daß die Anstaltsbehandlung nach dieser Richtung von günstigen Folgen begleitet war. Man wird sogar in Erwägung ziehen müssen, ob man nicht derartigen Paranoikern mit so weitgehend erhaltenem Intellekt, wenn sie einmal wieder sich ein gesetzwidriges Verhalten zuschulden kommen lassen, trotz der noch bestehenden geistigen Erkrankung eine strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit zubilligt, was auch im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung möglich ist; sie würden durch Verbüßung einer dem geringfügigen Reat entsprechenden Freiheitsstrafe sicher weniger geschädigt als durch eine auf unbestimmte Dauer ausgesprochene Anstaltsinternierung, und die Strafe würde vielleicht in diesem Falle den beabsichtigten Zweck, neue Hemmungen herbeizuführen, nicht verfehlen. Bezüglich der Anstaltsinternierung solcher Kranken ist dieser Standpunkt ja auch von *Rieger* (a.a.O.) und von *Jolly*[1]) vertreten worden.

Die beiden geschilderten Fälle sind in klinischer Beziehung interessant, weil bei sehr langem Bestehen der Erkrankung eine mehr als gewöhnliche geistige Leistungsfähigkeit trotz lebhafter Sinnestäuschungen in dem einen und hartnäckiger Wahnideen in dem andern Fall erhalten blieb. Aber analoge Fälle weist ja die psychiatrische Kasuistik zur Genüge auf. Was die beiden hier berichteten mir einer Mitteilung wert erscheinen ließ, ist der Umstand, daß bei dem langen Bestehen der Erkrankung die Regelung der sozialen Verhältnisse der Kranken Gelegenheit gab, die dabei gewonnenen Erfahrungen auf ähnliche Fälle anzuwenden. Der Nachweis der dauernden und unheilbaren geistigen Erkrankung darf in solchen Fällen nicht ohne weiteres die Zivil- und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit ausschließen. Namentlich aber soll die Tatsache, daß einzelne verhältnismäßig unbedeutende gemeingefährliche Handlungen begangen wurden, nicht die Ver-

[1]) Degenerationspsychose und Paranoia. Charité-Annalen 1903. Bd. 27.

Digitized by Google

anlassung zu einer dauernden Internierung in der Anstalt abgeben. Der Zustand der Kranken selbst wird dadurch nicht gebessert, und der Allgemeinheit erwächst eine schwere Last durch die Fürsorge für Leute, die trotz ihrer schweren Erkrankung sonst imstande wären, eine selbständige soziale Existenz zu führen.

Digitized by Google

Hirngewicht und Geisteskrankheit.[1])

Von

Dr. **Richard Mittenzweig,** Herzberge.

In den bisher veröffentlichten Arbeiten über das Hirngewicht bei Geisteskranken hat man die Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Hirngewicht festzustellen versucht. Es erwies sich, daß die für Gehirne Geistesgesunder gefundenen Höchstgewichte auch bei Geisteskranken erreicht werden, daß das durchschnittliche Hirngewicht bei einigen Geisteskrankheiten, beim männlichen wie beim weiblichen Geschlecht, erheblich geringer ist als bei Geistesgesunden, und daß endlich bei diesen Krankheitsformen, nämlich der Dementia senilis und Dementia paralytica, in vereinzelten Fällen Gehirne sich finden von einem Gewicht, das noch erheblich unter der für die Gehirne geistesgesunder Personen nachgewiesenen niedrigsten Gewichtsgrenze liegt.[2]) Es ergibt sich hieraus die Frage, ob es möglich ist, auf Grund eines zu bestimmenden niedrigen Hirngewichtes das Vorhandensein einer geistigen Erkrankung im Leben bei dem betreffenden Individuum sicherzustellen.

Die Beantwortung dieser Frage soll an einem Vergleich zwischen den Gehirnen Geisteskranker und Geistesgesunder geführt werden. Als Material für Hirngewichte von Geisteskranken standen mir die an der Anstalt Herzberge in den Jahren 1893 bis 1901 ausgeführten Wägungen zur Verfügung. Sie waren in der Weise ausgeführt worden, daß nach Abnahme der knöchernen Schädeldecke, die vor Eröffnung der Brusthöhle stattfand, das Hirn herausgenommen und sofort mitsamt den weichen Hirnhäuten gewogen

[1]) Aus der Anstalt Herzberge der Stadt Berlin (Prof. Dr. *Moeli*).

[2]) Lit. No. 2, 4, 5, 6, 7.

Digitized by Google

wurde. Die einzelnen Hirne wurden nach Geschlecht, Alter, Krankheitsform und Gewichtshöhe geordnet. Der Einteilung nach den geistigen Erkrankungen sind als Krankheitsformen die der Dementia paralytica, der Dementia sinilis, die der anderen mit materieller Veränderung des Gehirns einhergehenden sogenannten organischen Psychosen sowie der sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten zugrunde gelegt. Nach Ausschluß aller ungeeigneten und zweifelhaften Fälle ergaben sich folgende Zahlen:

	Männer	Weiber	Summa
Dementia paralytica...	293	174	467
Dementia senilis.....	124	208	332
Organische Psychosen .	87	52	139
Funktionelle Psychosen	81	104	185
	585	538	1123

Die weitere Berechnung fand in der Weise statt, daß für jedes Lebensalter das höchste und das niedrigste Hirngewicht bestimmt und aus der Summe aller Hirngewichte des betreffenden Jahres das Jahresmittelgewicht berechnet wurde. Da sich aber für einige Jahrgänge nur wenige Fälle von Hirnwägungen fanden, mitunter nur ein einziger, die Berechnung obiger Werte somit durchaus nicht einwandsfrei wurde, ist aus der Summe der Mittelgewichte von 10 einzelnen Jahrgängen das durchschnittliche Hirngewicht des betreffenden Jahrzehntes berechnet worden, während das höchste der 10 Jahresmaxima resp. das niedrigste der Jahresminima als Maximum und Minimum des betreffenden Jahrzehntes genommen wurde. Für die so gefundenen Maxima, Mittel und Minima sind Kurven angelegt, deren Höhe an einer seitlich angebrachten in Stufen von 50 zu 50 g geteilten Skala festzustellen ist.

Während diese Kurventabellen die Höhe der Hirngewichte in den verschiedenen Altersabschnitten ersichtlich machen, ist eine zweite Zusammenstellung der Hirngewichte nach Gewichtsstufen von 50 zu 50 g ausgeführt worden. Diese Berechnungsmethode ist in gewissem Sinne schon von *Meynert* und *Tigges*, zuletzt von *Marchand* befolgt worden.[1]) *Ziehen*[2]) will ihr vor

[1]) Lit. No. 4, 6, 3.
[2]) Lit. No. 8.

Digitized by Google

allen anderen Methoden den Vorzug gegeben wissen; er nennt die Anzahl der Gehirne in einer bestimmten Gewichtshöhe „Dichtigkeit" oder „Häufigkeit". Auch für diese Berechnungen sind Tabellen angelegt worden. Kurven- und Dichtigkeitstabellen ergänzen sich, indem durch jene festgesetzt wird, für welches Alter das Ergebnis der Dichtigkeitstabelle gilt.

Zum Vergleich mit Hirngewichten bei Geistesgesunden sind die Ergebnisse aus *Marchands* Arbeit „Über das Hirngewicht des Menschen"[1]) benutzt worden. „Hiernach liegt das Gewicht der Mehrzahl der männlichen Gehirne (84 %) zwischen 1250 und 1550 g. Gewichte von 1200—1250 g (4,7 %) sind noch an der Grenze des normalen (subnormal), solche von 1000—1200 g abnorm niedrig." Unter 1000 g hat *Marchand* kein männliches Gehirn gefunden. „Andrerseits sind Gehirne von 1550—1600 g (in 5,5 % der Fälle) noch im Bereiche der Norm, solche über 1600 g aber im allgemeinen als abnorm groß zu bezeichnen."

„Beim weiblichen Geschlecht hat die Mehrzahl der Fälle (9,1 %) ein Gehirngewicht von 1100—1450 g; Gewichte von 1050—1100 g (4 %) sind noch an der Grenze des normalen, solche von 950—1050 g abnorm niedrig. Andrerseits sind Gehirne von 1450—1550 g für das weibliche Geschlecht abnorm hoch."

„Das mittlere Hirngewicht des erwachsenen Mannes (von 15 bis 50 Jahren) ist 1400 g, das des erwachsenen Weibes 1275 g."

Ich habe bei der Durchsicht der Tabellen in *Marchands* Arbeit gefunden, daß sich ein Hirngewicht von 950 g für weibliche Individuen nur bei einem Alter von über 60 Jahren nachweisen läßt, daß für Frauen unter 60 Jahre das niedrigste Hirngewicht dagegen 1000 g beträgt. Dies habe ich bei meiner Arbeit berücksichtigt.

Ausschlaggebend für die Wahl dieser normalen Werte war einmal die gleiche Wägungsart, da bei vielen anderen Autoren die sogenannte *Meynert*sche[2]) Wägungsmethode befolgt ist. Nach dieser Methode wird das Gehirn nach Herausnahme erst in seine einzelnen Teile zerlegt, diese werden einzeln gewogen und aus der Summe der Gewichte der einzelnen Teile „das Gesamtgewicht" des ganzen Gehirns bestimmt.

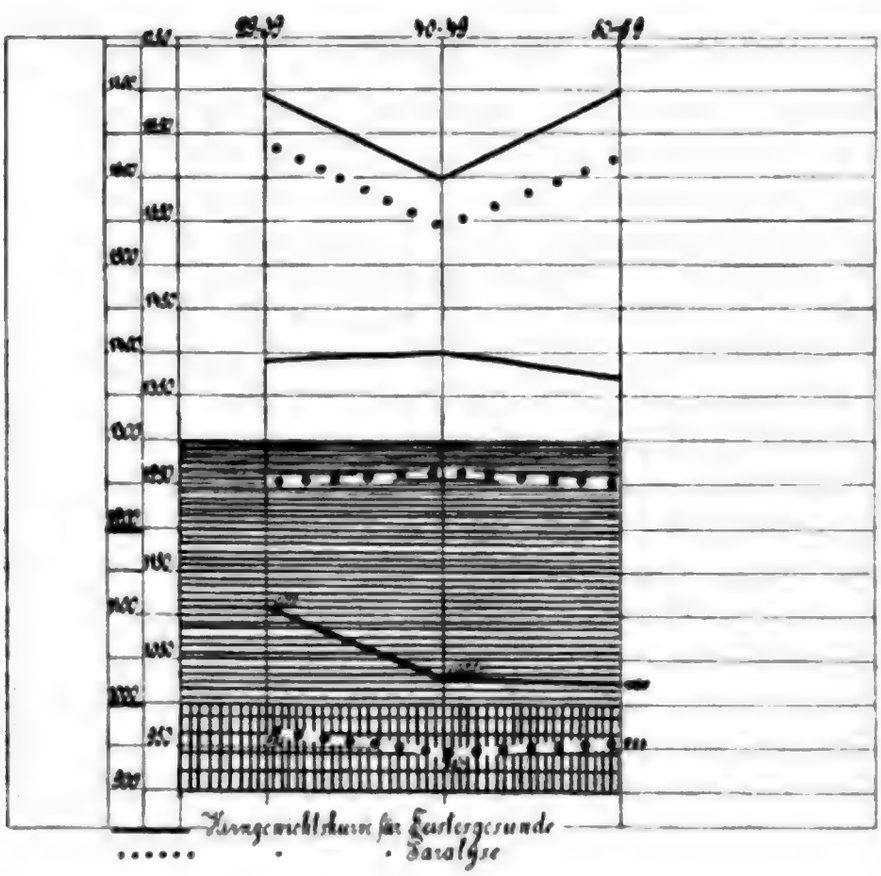
[1]) Lit. No. 3. [2]) Lit. No. 2, 5.

Digitized by Google

Zu einem einwandsfreien Vergleich würde noch die Gleichheit des Materials, d. h. der Bevölkerungsart, nötig sein, da nach *Tigges*[1]) „nur innerhalb derselben Bevölkerung Gehirne von Geistesgesunden und Geisteskranken dem Gewicht nach verglichen werden dürfen“. Ein derartiges Material stand mir aber überhaupt nicht zur Verfügung, dagegen finden sich bei *Marchand*[2]) die oben erwähnten beiden Rechnungsmethoden, ein Grund mehr, der zur Wahl seiner Ergebnisse als Vergleichsgegenstand bewog. *Marchand* führt das von ihm benutzte Material am Schluß seiner Arbeit ausführlich an. Es wurde von mir zur Berechnung der Maxima, Mittel und Minima und der Dichtigkeit in den verschiedenen Hirngewichtsstufen benutzt. Auf Grund der erhaltenen Werte sind auch für die Gehirne Geistesgesunder Kurven- und Dichtigkeitstabellen angelegt. Auf diese Weise ist der Vergleich der Hirngewichte bei Geistesgesunden und Geisteskranken leicht und übersichtlich.

Dementia paralytica.

Männliches Geschlecht.

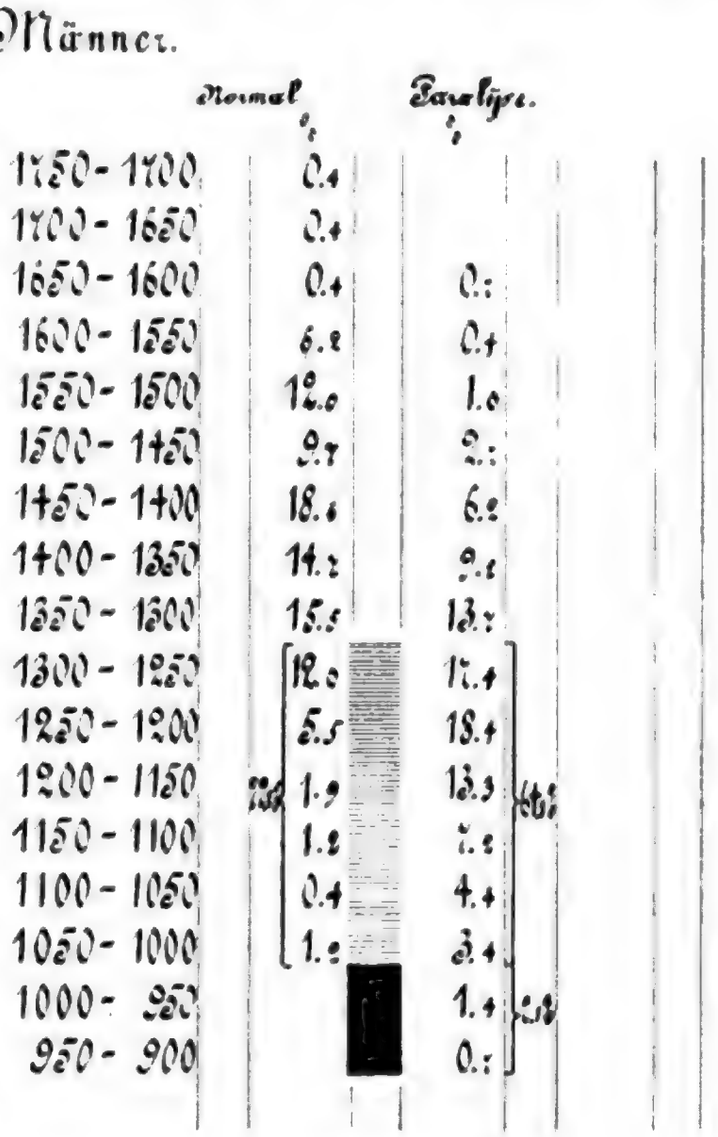


Die 293 Gehirne von männlichen Paralytikern entstammten Individuen aus einem Alter von 29 bis 59 Jahren. Von den Fällen über 56 Jahre sind wegen des für Paralyse schon hohen Alters später die genauen klinischen und anatomischen Befunde angegeben. An der Kurventabelle

[1]) Lit. No. 6. [2]) Lit. No. 3.

Digitized by Google

ist aus Lage und Verlauf der Maximakurven ersichtlich, daß zwar bei gleichem Alter das bei Geistesgesunden gefundene höchste Hirngewicht bei geisteskranken Männern mit Paralyse nicht ganz erreicht wird, daß aber immerhin bei ihnen im allgemeinen Gehirne von abnorm hohem Gewicht vorkommen. Die mittleren Kurven verlaufen fast gerade, horizontal und parallel; es liegt aber die Mittelkurve für Paralyse ganz erheblich unter der für Gehirne Geistesgesunder. Daraus ergibt sich, daß das durchschnittliche Hirngewicht bei männlichen Paralytikern weit geringer ist, als das Mittelgewicht der Gehirne von Geistesgesunden. Dies gilt sowohl für die einzelnen Altersabschnitte wie für das ganze Alter von 29 bis 59 Jahren. Aus der Betrachtung der Minimakurven ergibt sich, daß bei Männern mit Paralyse in allen Jahren Gehirne vorkommen mit einem Gewicht, das nicht allein unter dem entsprechenden Altersminimum Geistesgesunder liegt, sondern sogar **unter 1000 g**, also noch unter der abnorm niedrigen Höhe der männlichen Gehirne nach *Marchand*. Die genaueren Zahlen stellen sich dahin, daß im Alter von 29 bis 39 Jahren das Gehirngewichtsminimum bei Geistesgesunden bei 1110 g liegt, bei Paralytikern bei 965 g, im Alter von 40 bis 49 Jahren liegt es bei 1025 g (Geistesgesunde) resp. 942 g (Paralytiker), im Alter von 50 bis 59 Jahren bei 1020 g (Geistesgesunde) resp. 944 g (Paralytiker).

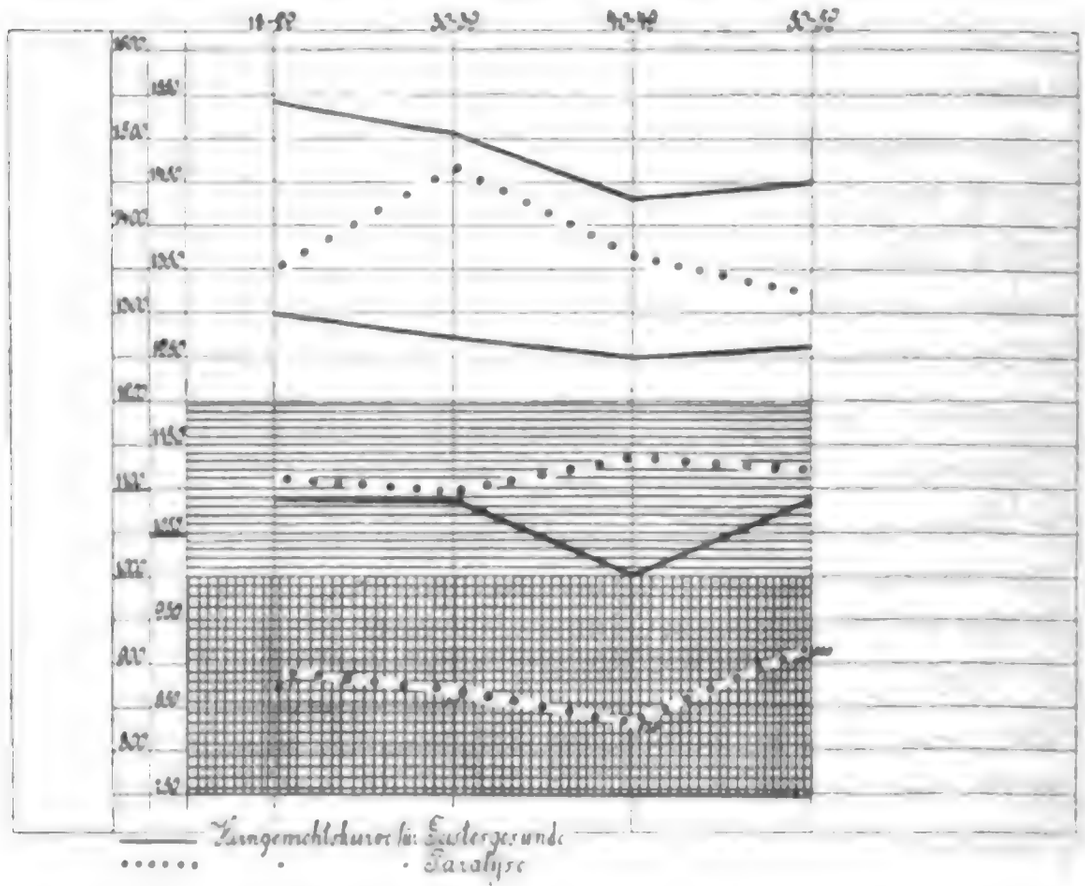


Nach den Dichtigkeitstabellen schwanken die Gehirne von Geistes-

Digitized by Google

gesunden zwischen 1750 g und 1000 g, die Gehirne von männlichen Paralytikern zwischen 1650 g und 900 g. Bis 1300 g hinab ist der Anteil von 100 Gehirnen Geistesgesunder in den einzelnen Gewichtsstufen größer als der von 100 Gehirnen Geistesgesunder. Zwischen 1300 g bis 1000 g ist die größere Dichtigkeit auf seiten der Geisteskranken; dies tritt in den der Höhe von 1000 g sich nähernden Stufen besonders zutage. Der Anteil in der ganzen Höhe von 1300 g bis 1000 g beträgt für die Gehirne Geistesgesunder 22,2 %, für die Gehirne von Paralytikern dagegen 64,1 %, also annähernd das Dreifache. **Unter 1000 g liegen keine Gehirne von Geistesgesunden, dagegen 2,1 % von männlichen Paralytikern.** Wie aus der Kurventabelle hervorgeht, verteilen sich diese 2,1 % auf das ganze Alter von 29 bis 59 Jahren.

Weibliches Geschlecht.



Die Frauen mit Paralyse, für die 174 Gehirne sich gefunden hatten, waren in einem Alter von 18 bis 59 Jahren verstorben. Für die Fälle über 56 Jahre sind später ebenfalls die klinischen und anatomischen Befunde angeführt. Aus dem Verlauf der

Digitized by Google

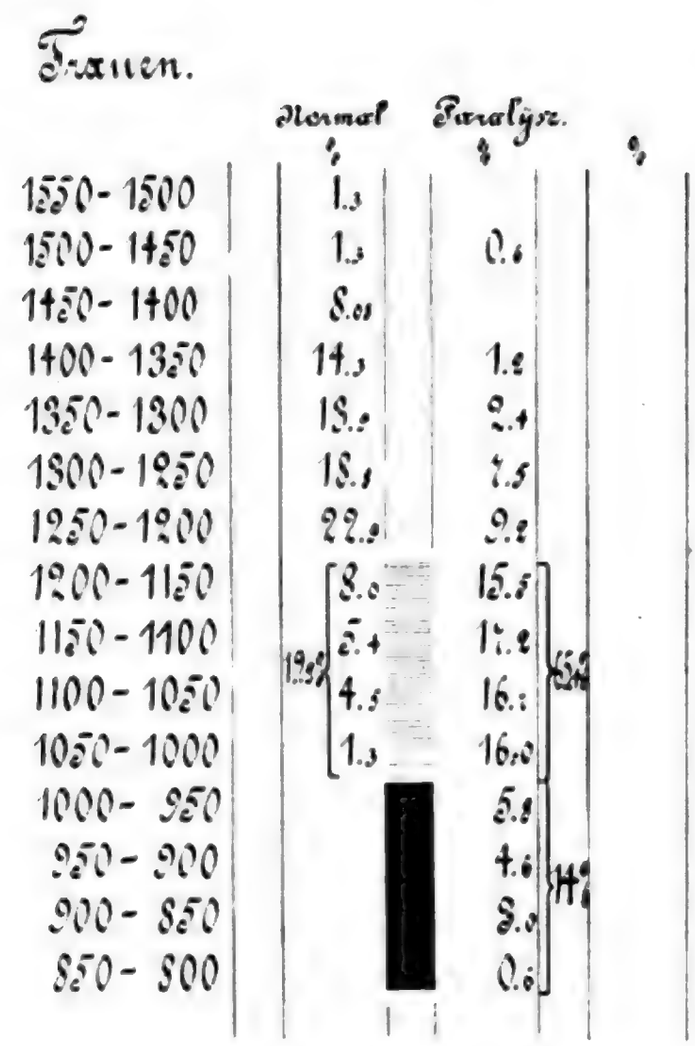
Maximakurven ist ersichtlich, daß auch bei Frauen mit Paralyse abnorm hohe Hirngewichte, d. h. solche über 1450 g, erreicht werden können, daß aber bei gleichem Alter das Maximum für paralytische Gehirne unter dem für Gehirne geistesgesunder Frauen gefundenen Maximum bleibt. Die Betrachtung der beiden Mittelkurven läßt ersehen, daß das durchschnittliche Hirngewicht bei weiblichen Paralytikern ganz erheblich geringer ist als bei Geistesgesunden. Es trifft dies Ergebnis sowohl bei einem Vergleich der Gehirne aus gleichem Alter wie aus beliebigem Alter zwischen 18 und 59 Jahren zu. Wie die Lage der Mittelkurve für Paralyse zur Lage der Minimakurve für Geistesgesunde lehrt, nähert sich das durchschnittliche Hirngewicht für Frauen mit Paralyse in den meisten Jahren sogar der Minimakurve für die Gehirngewichte geistesgesunder Frauen.

Nach dem Verlauf der beiden Minimakurven wird bei weiblichen Paralytikern in allen Altersabschnitten die für Geistesgesunde gefundene niedrigste Hirngewichtsgrenze von **1000 g** nach unten hin um fast 100 g überschritten.

Die genaueren Werte betragen im Alter von 18 bis 29 Jahren bei Geistesgesunden 1090 g, bei Geisteskranken 892 g, im Alter von 30 bis 39 Jahren liegen sie bei 1085 (Ggs.) resp. 865 g (Pl.), im Alter von 40 bis 49 Jahren 1005 (Ggs.) und 830 g, (Pl.) im Alter von 50 bis 59 Jahren 1085 g (Ggs.) und 920 g (Pl.). Es ist ferner an dem Verlauf beider Minimakurven bemerkenswert, daß beide im Alter über 49 Jahren gleichmäßig ziemlich stark ansteigen. Es wäre danach anzunehmen, daß nach diesem Alter bei Geistesgesunden wie bei Geisteskranken mit Paralyse nicht mehr die besonders leichten Gehirne, wie sie vorher gefunden sind, auftreten.

Nach den Dichtigkeitstabellen liegen die Gehirne von geistesgesunden Frauen zwischen 1550 g und 1000 g, bei weiblichen Paralytikern zwischen 1500 g und 800 g. Der Vergleich der Dichtigkeit in gleichen Höhen läßt erkennen, daß bis 1200 g hinab der Anteil von 100 Gehirnen Geistesgesunder erheblich größer ist als der Anteil von 100 Gehirnen weiblicher Paralytiker. Unter 1200 bis 1000 g überwiegt die Dichtigkeit auf seiten der Paralytiker. Dies tritt vor allem unter 1100 g hervor: **Unter 1000 g** fehlen die

Digitized by Google

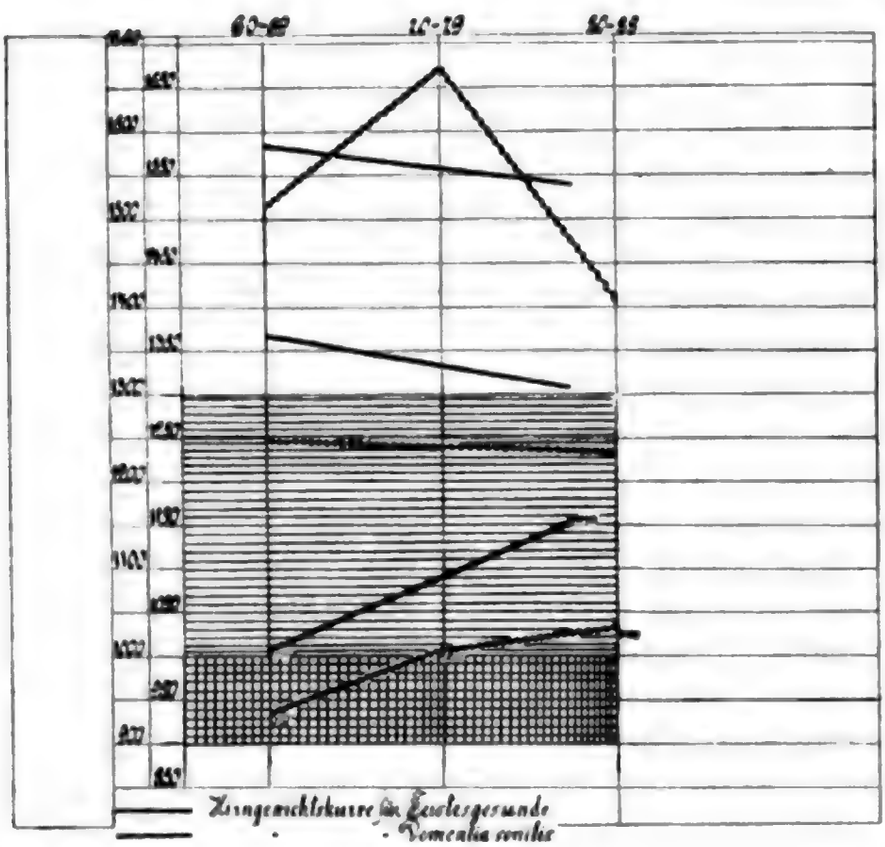


Gehirne von geistesgesunden Frauen vollständig, während die Gehirnevonweiblichen Paralytikern in einer Menge von 14% unter dieser Höhe vertreten sind. Diese Zahl verteilt sich aber auf das ganze Alter von 18 bis 59 Jahren.

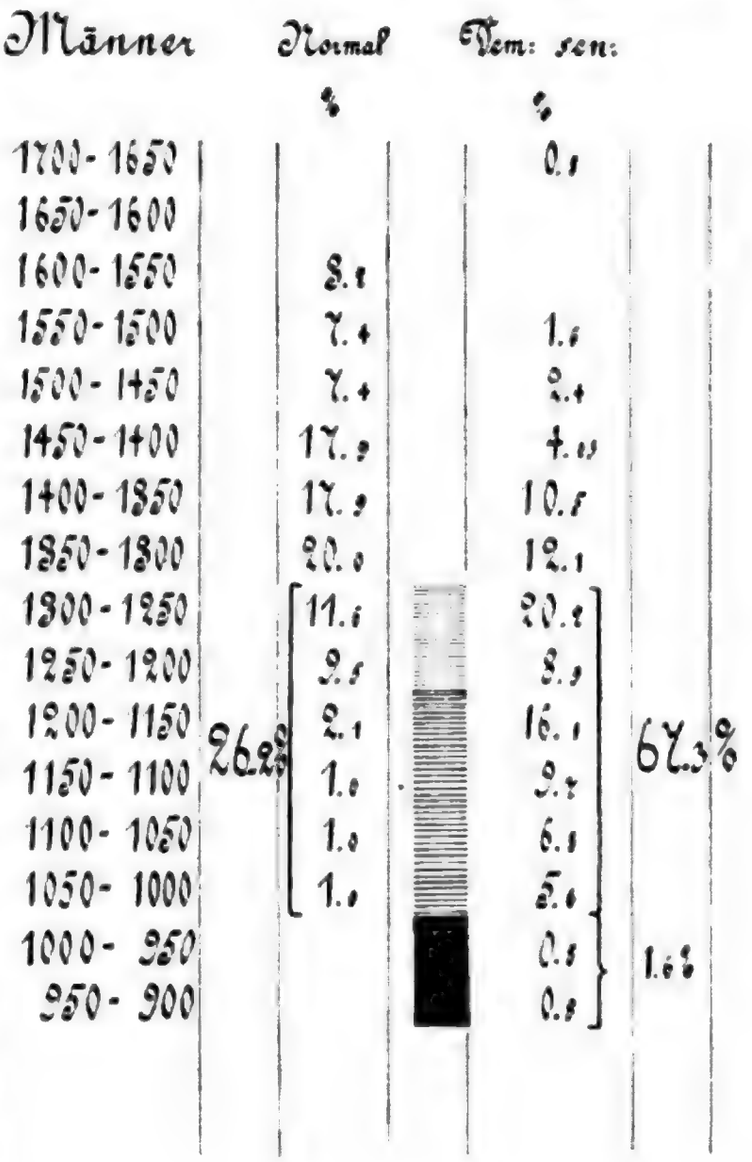
Dementia senilis.

Männliches Geschlecht.

Für Männer mit Dementia senilis standen 124 Hirnwägungen zur Verfügung. Die betreffenden Individuen hatten ein Alter von 60 bis 88 Jahren erreicht. Nach dem Verlauf der Maximakurven liegt bei gleichem Alter für gewöhnlich das höchste Hirngewicht bei Männern mit Dementia senilis erheblich unter dem betreffenden Normalmaximum, dagegen wird im Alter von 70 bis 79 Jahren die abnorm hohe Zone *Marchands* bei der Dementia



senilis sogar nach oben hin überschritten. Nach den Mittelkurven ist das durchschnittliche Hirngewicht bei Männern mit Dementia senilis erheblich geringer als das normale Mittelgewicht. Dieser Tiefstand findet sich sowohl gegenüber einem normalen gleichaltrigen wie einem normalen Gehirn aus beliebigem Alter. Die Minimakurven verlaufen in fast gerader paralleler, aber stark ansteigender Richtung. Die Minimakurve für Dementia senilis liegt erheblich unter der entsprechenden von Geistesgesunden. Aus dem ansteigenden Verlauf der Minimakurven ergibt sich, daß zwar im Alter von 60 bis 69 Jahren das Minimum für Dementia senilis erheblich **unter 1000 g** liegt, der überhaupt niedrigsten Grenze, daß aber im nächsten Jahrzehnt diese Grenze auch von den Minimagewichten bei Dementia senilis nach oben hin überschritten wird. Ein Hirngewicht unter 1000 g kommt mithin nur im Alter von 60 bis 69 Jahren vor. Mit Zunahme des Alters macht sich auch in diesem Falle bei Geistesgesunden wie bei Geisteskranken eine Verschiebung der unteren Gewichtsgrenzen nach oben bemerkbar.



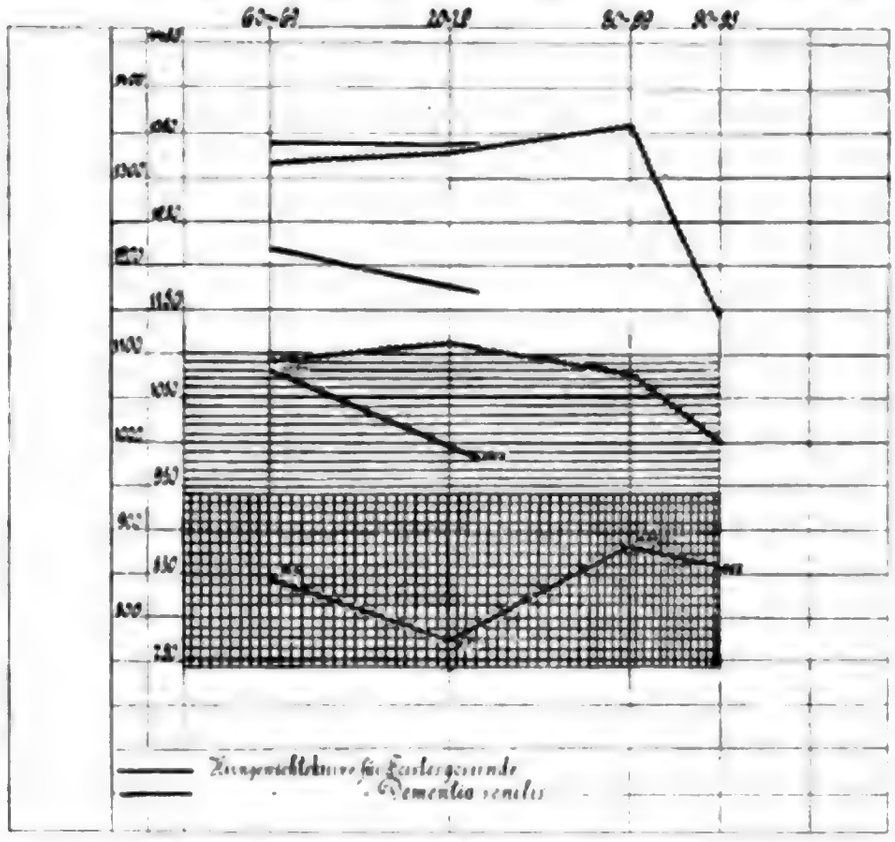
Auf die einzelnen Gewichtsstufen verteilt, schwanken die Gehirne von Geisteskranken zwischen 1550 g und 1000 g, die Gehirne von Männern mit Dementia senilis liegen zwischen 1700 und 900 g. Von dem geringen Prozentsatz der Fälle von Gehirnen Geisteskranker mit Dementia senilis in der Höhe von 1750 g bis 1700 g abgesehen, ist die Dichtig-

Digitized by Google

keit bei Geistesgesunden bis zu 1300 g hinab erheblich höher. als bei Geisteskranken, dagegen sind in der Breite 1300 g bis 1000 g die Gehirne Geisteskranker mit 67,3% die der Geistesgesunden nur mit 26,2% vertreten. **Unter 1000 g** fehlen wieder die Gehirne von Geistesgesunden, während der Anteil der Gehirne Geisteskranker mit Dementia senilis unter dieser Höhe noch 1.6% beträgt. Dieser Anteil mag zuerst gering erscheinen, er gewinnt aber an Bedeutung dadurch, daß er nur für das Alter von 60 bis 69 Jahren in Betracht kommt.

Weibliches Geschlecht.

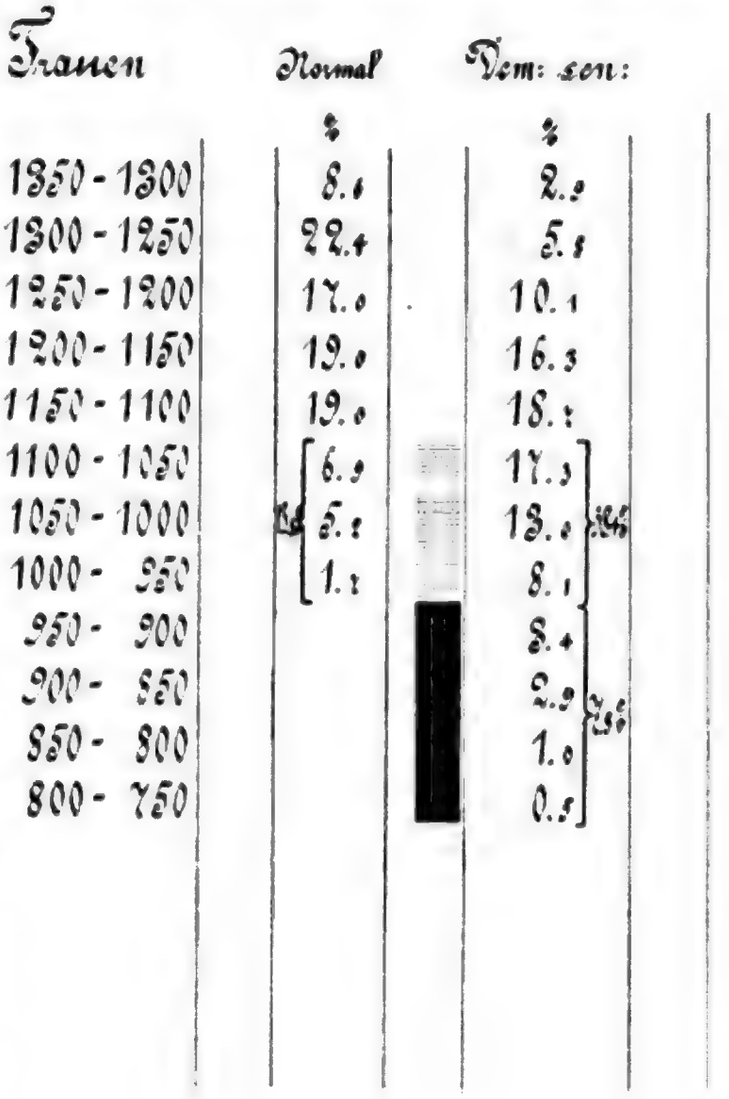
Die 208 Gehirne von Frauen mit Dementia senilis entstammen Individuen aus einem Alter von 60 bis 95 Jahren. Soweit der Verlauf und die Lage der Maximakurven einen Vergleich zulassen, liegen die Höchstgewichte für Gehirne von Frauen mit



Dementia senilis fast auf der für die Gehirne bei Geistesgesunden gefundenen Höhe. Bei beiden aber wird niemals die abnorm hohe Hirngewichtsbreite *Marchands* erreicht. Aus dem Alter von über 82 Jahren führt *Marchand* keine Fälle von Gehirnen Geistesgesunder an. Die Altersgrenze für Geisteskranke liegt nach vorliegendem Material bei Frauen mit Dementia senilis bei 95 Jahren. In dem Alter von 90 bis 95 Jahren liegt das höchste Hirngewicht für Frauen mit Dementia senilis sehr niedrig, unter 1150 g. Aus der Betrachtung der Mittelkurven ergibt sich ein

Digitized by Google

außerordentlicher Tiefstand des durchschnittlichen Hirngewichtes für das weibliche Geschlecht mit Dementia senilis. Dieser Tiefstand macht sich sowohl bei einem Vergleich mit dem normalen Mittelgewicht der gleichen wie einer beliebigen Altersstufe geltend. Die untere Hirngewichtsgrenze für Dementia senilis bei Frauen liegt ebenfalls weit tiefer, als die von *Marchand* für Gehirne Geistesgesunder gefundene. Sie liegt in allen Jahren **unter 950 g**, also unter der abnorm niedrigen Hirngewichtsbreite *Marchands*. Es liegt im Alter von 60 bis 69 Jahren bei Geistesgesunden das Gewichtsminimum bei 1080 g, bei Geisteskranken bei 845 g. Im nächsten Jahrzehnt 70 bis 79 Jahre betragen die Minima 985 g (Geistesgesunde) resp. 722 g (Dementia senilis-Frauen). In dem Alter, in dem *Marchand* keine Gehirne geistesgesunder Frauen mehr gefunden hat, also über 82 Jahre, steigt die untere Hirngewichtsgrenze bei Frauen mit Dementia senilis erheblich an und zwar bis 885 g; sie sinkt im Alter von 90 bis 95 Jahren nur bis 862 g. Obwohl also in allen Jahren von 60 bis 95 bei Frauen mit Dementia senilis die untere Gewichtsgrenze von 950 g *Marchands* erheblich nach unten hin überschritten wird, läßt sich für die letzten Jahre eine Verschiebung der unteren Hirngewichtsgrenze nach oben nachweisen.



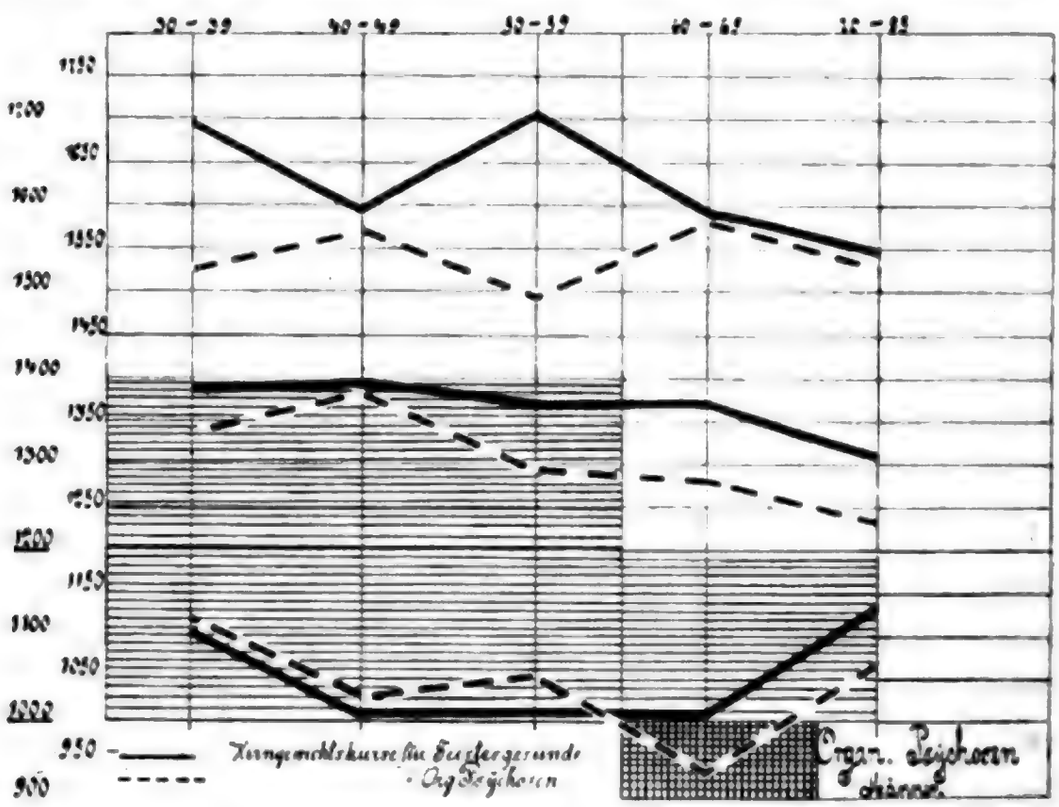
Nach den Dichtigkeitstabellen verteilen sich die Gehirne geistesgesunder Frauen auf die Breite zwischen 1350 g und 950 g. Die Grenzen für die Gehirne von geisteskranken Frauen mit Dementia

senilis sind 1350 g resp. 750 g. Bis 1100 g hinab ist der Anteil von 100 Gehirnen geistesgesunder Frauen in den einzelnen Stufen hingegen größer als bei Dementia senilis. In der Breite 1100 g bis 950 g beträgt die Zahl der normalen Gehirne 13,8% g gegenüber 38,4% bei Dementia senilis. **Unter 950 g** liegen von den Gehirnen geisteskranker Frauen mit Dementia senilis noch 7,8%. Diese verteilen sich auf alle Jahre von 60 bis 95. Demgegenüber ist unter 950 g von den Gehirnen geistesgesunder Frauen kein Fall zu verzeichnen.

Organische Psychosen.

Männliches Geschlecht.

Für organische Psychosen bei Männern waren 85 Hirnwägungen gefunden. Die betreffenden Individuen hatten ein Alter von 30 bis 85 Jahren erreicht. Hier ist die Trennung nach

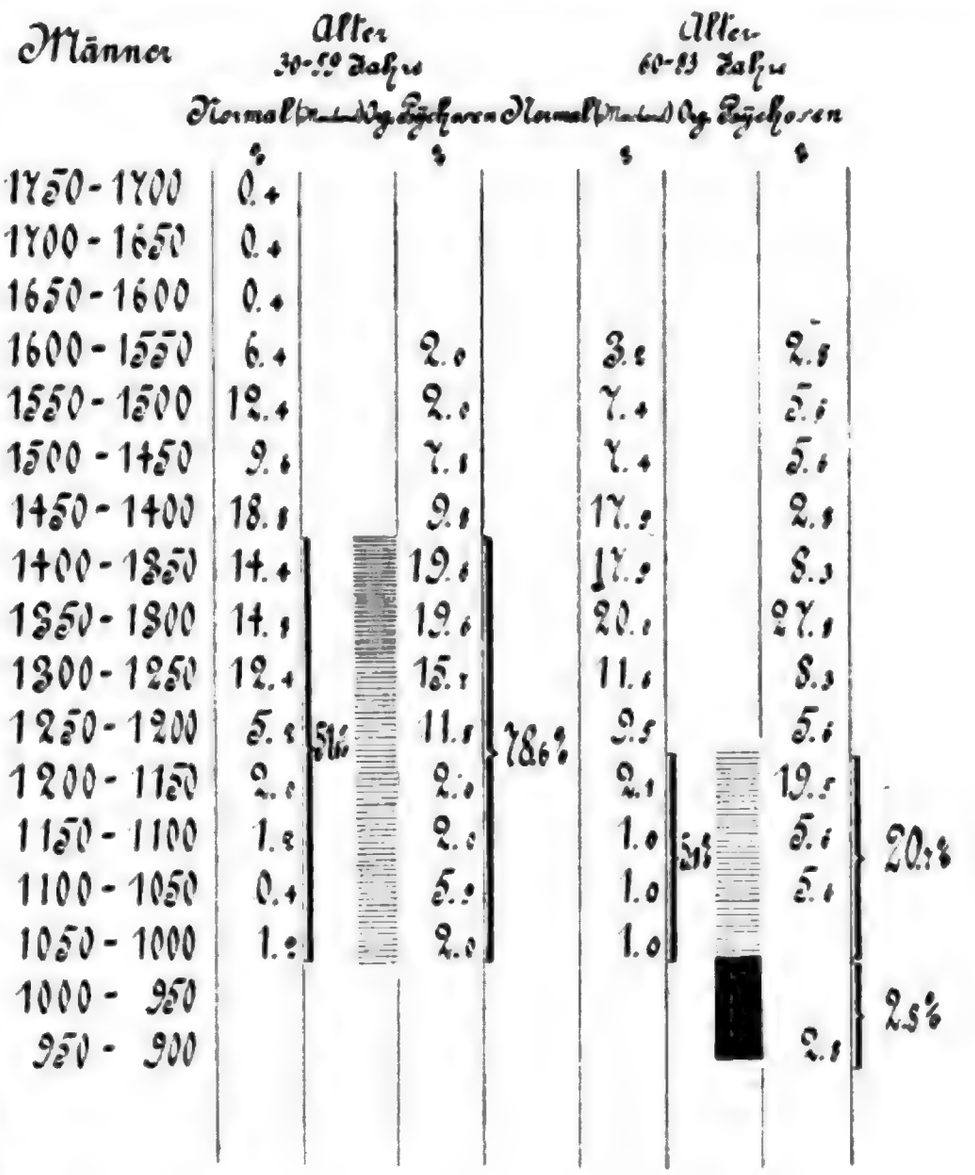


dem Alter von unter 60 und über 60 Jahren notwendig, um den Einfluß der senilen Involution auf das Gehirngewicht, der für gewöhnlich bald nach dem 60. Lebensjahre[1]) eintritt, zu berücksichtigen.

[1]) Lit. No. 1, 4, 5, 6.

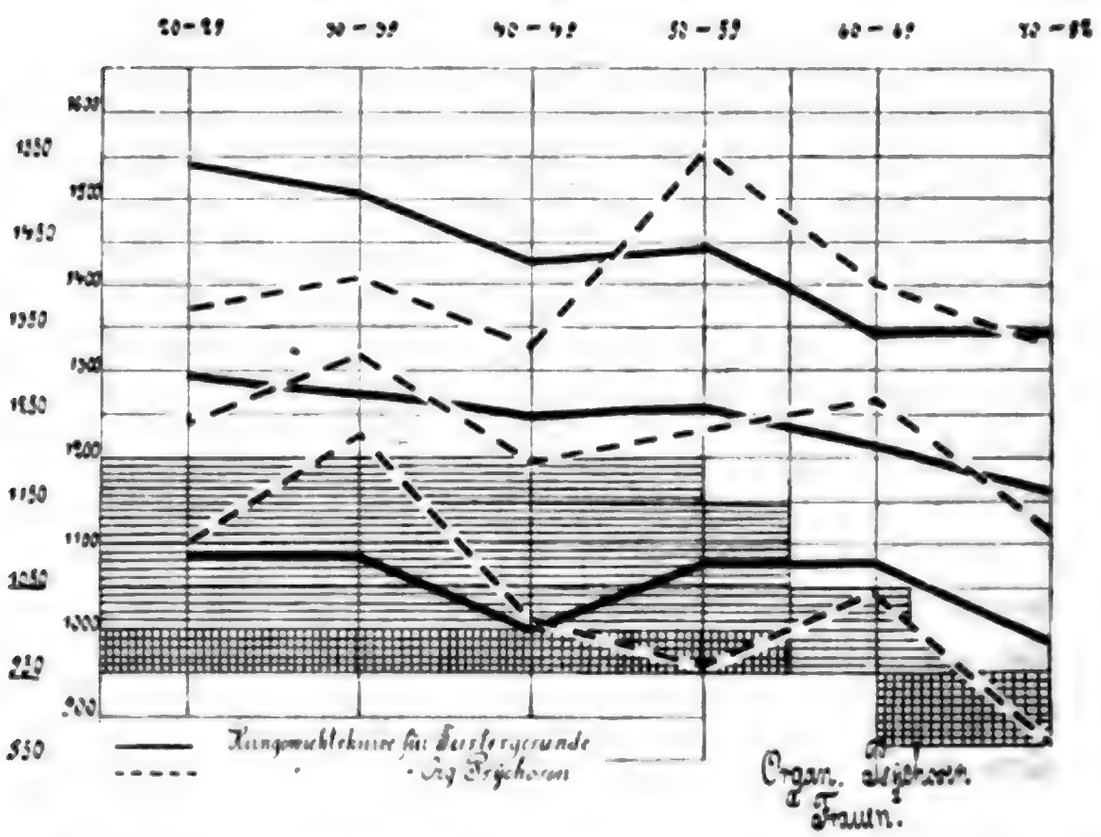
Digitized by Google

Es ergibt sich, daß bei organischen Psychosen weder im Alter von unter noch über 60 Jahren ein nach *Marchand* abnorm hohes Hirngewicht erreicht wird. Aus Lage und Verlauf der Mittelkurven ist ersichtlich, daß im Alter von unter 60 Jahren das durchschnittliche Hirngewicht fast stets auf den normalen mittleren Gewichtshöhen liegt, während es im späteren Alter einen geringen Tiefstand gegenüber der Norm zeigt. Auch die unterste Gewichtsgrenze fällt im Alter von unter 60 Jahren mit der von *Marchand* gefundenen zusammen. Im Alter von über 60 Jahren geht sie im Jahrzehnt 60 bis 69 unter 1000 g hinab. In den späteren Jahren steigen beide Minimakurven im parallelen Verlauf nicht unerheblich an. Demnach wird bei Männern mit organischen Psychosen nur im Alter von 60 bis 69 Jahren die für Gehirne Geistesgesunder gefundene untere Gewichtsgrenze von 1000 g nach unten hin überschritten. Mit zunehmendem Alter macht sich auch in diesem Falle das Fehlen der besonders leichten Gehirne bemerkbar. Nach der Dichtigkeitstabelle liegen im Alter von unter 60 Jahren die Gehirne Geistesgesunder zwischen 1750 g und 1000 g, die



Gehirne geisteskranker Männer mit organischen Psychosen zwischen 1600 g und 1000 g. Unter 1400 g ist der Anteil, den 100 Gehirne in den einzelnen Stufen haben, bei den Geisteskranken größer als bei Geistesgesunden. Er beträgt in der ganzen Breite von 1400 g bis 1000 g bei Geistesgesunden 15,6%, bei Geisteskranken 76,6%. Unter 1000 g liegen keine Gehirne. Im höheren Alter (über 60 Jahre) erstreckt sich die Schwankungsbreite für Gehirngewichte bei Geistesgesunden zwischen 1600 g und 1000 g, bei geisteskranken Männern mit organischen Psychosen zwischen 1600 g und 900 g. Bis 1200 g hinab sind die Gehirne Geistesgesunder in dichteren Mengen vertreten, zwischen 1200 g und 1000 g beträgt der Anteil von 100 Gehirnen Geistesgesunder nur 5,1%, der von Geisteskranken (20,7%) ist also erheblich größer. **Unter 1000 g** sind die Gehirne Geisteskranker in einer Häufigkeit von 2,8% vertreten. Diese Zahl beschränkt sich auf die Jahre 60 bis 69. Ihr gegenüber ist kein Fall von Gehirnen Geistesgesunder zu verzeichnen.

Weibliches Geschlecht.



Die 52 Hirnwägungen für organische Psychosen beim weiblichen Geschlecht entsprachen Personen aus einem Alter von 20 bis

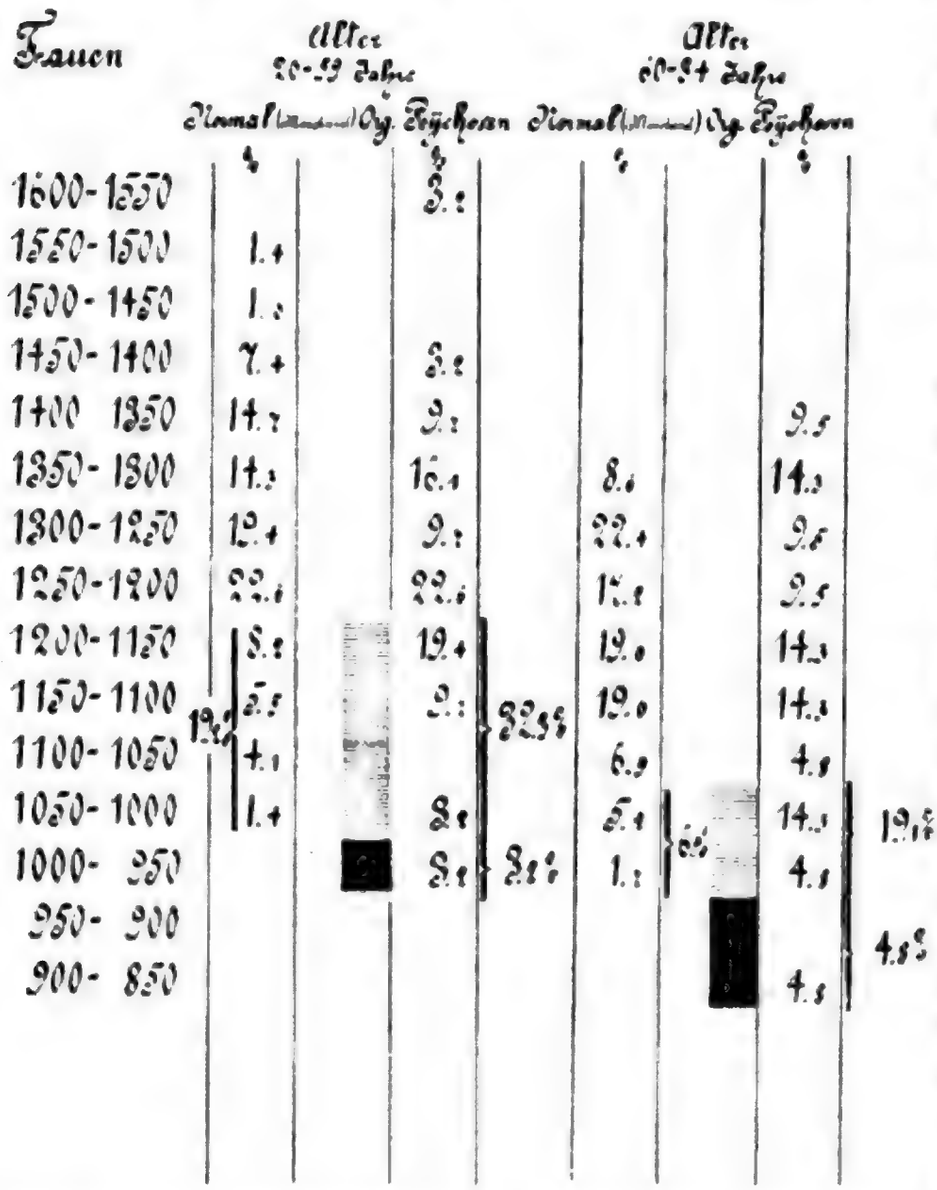
Digitized by Google

82 Jahren. Auch hier wird ebenfalls die Trennung nach dem Alter von unter und über 60 Jahren nötig sein. Im Alter von unter 60 Jahren weist nur das Jahrzehnt 50 bis 59 Jahre das Vorkommen abnorm hoher Hirngewichte bei Frauen mit organischen Psychosen auf. In den späteren Jahren bleibt das Maximum für die Gehirne Geisteskranker erheblich unter dem bei Geistesgesunden gefundenen. Im Alter von über 60 Jahren zeigt sich kein wesentlicher Gewichtsunterschied zwischen den schwersten Gehirnen der Geistesgesunden und Geisteskranken. Es bleibt zu bemerken, daß in diesem Alter von über 60 Jahren beide Maximakurven langsam sich senken. In der Höhe der Mittelgewichte ist in dem Alter von unter wie über 60 Jahren ein wesentlicher Unterschied zwischen Gehirnen Geistesgesunder und Geisteskranker nicht wahrzunehmen. Aus Lage und Verlauf der Minimakurven ist ersichtlich, daß bis zum Alter von 49 Jahren weder das normale Altersminimum noch die überhaupt unterste Gewichtsgrenze von 1000 g bei Frauen mit organischen Psychosen nach unten hin überschritten wird. Erst im Alter von 50 bis 59 Jahren ist dies der Fall. Im Alter von über 60 Jahren wird in jedem Jahrzehnt bei Frauen mit organischen Psychosen ein unter dem betreffenden normalen Altersminimum gelegenes Hirngewicht erreicht. Aber erst im Alter von über 70 Jahren wird auch die Grenze **von 950 g,** die abnorm niedrige Gewichtsgrenze für Gehirne geistesgesunder Frauen, bei organischen Psychosen nach unten hin überschritten. Wie der Verlauf der beiden Minimakurven in diesem Jahrzehnt ersichtlich macht, verschiebt sich hier die untere Hirngewichtsgrenze bei Geistesgesunden wie bei Geisteskranken langsam nach unten.

Nach der Verteilung der Gehirne in den einzelnen Gewichtsstufen bewegen sich die Gehirne von geistesgesunden Frauen aus dem Alter von unter 60 Jahren zwischen 1550 g und 1000 g, die Gehirne von geisteskranken Frauen mit organischen Psychosen aus gleichem Alter zwischen 1600 g und 950 g. Bis 1200 g hinab ist die Dichtigkeit bei Geistesgesunden größer, zwischen 1200 g und 1000 g beträgt der Anteil der Gehirne Geisteskranker 32,3 % gegenüber 19,2% bei Geistesgesunden. Während **unter 1000 g**

Digitized by Google

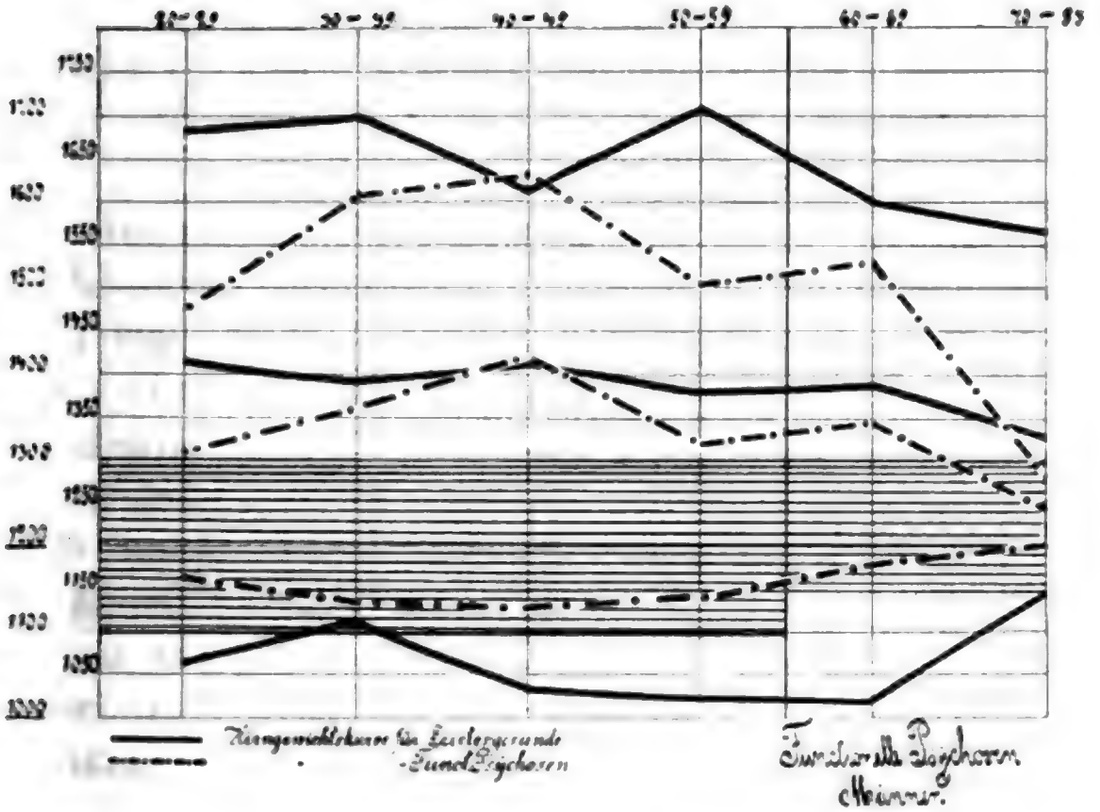
kein normales Gehirn liegt, sind hier noch die Gehirne von Frauen mit organischen Psychosen mit einer Häufigkeit von 2,3 % vertreten. Für diese Zahl kommt nur das Alter von 50 bis 59 Jahren in Betracht.



Die Gehirne aus dem Alter von über 60 Jahren liegen bei Geistesgesunden in den Höhen zwischen 1350 g und 950 g. Die betreffenden Grenzgewichte für die Gehirne geisteskranker Frauen mit organischen Psychosen sind 1400 g resp. 850 g. Bis 1050 g überwiegt der Anteil von 100 Gehirnen in den einzelnen Stufen bei Geistesgesunden gegenüber dem bei Geisteskranken. Zwischen 1050 g und 950 g beträgt die Dichtigkeit bei Geisteskranken 9,1 % gegenüber 6 % bei Geistesgesunden. **Unter 950 g** sind die Gehirne von Frauen mit organischen Psychosen noch mit 4,8 % vertreten. Für diese Zahl kommen nur die Jahre vom siebenzigsten ab in Betracht. Von geistesgesunden Frauen liegt in dieser Höhe kein Gehirn.

Digitized by Google

Funktionelle Psychosen.
Männliches Geschlecht.



Die männlichen Individuen mit funktionellen Psychosen, für die sich 81 Hirnwägungen gefunden hatten, waren in einem Alter von 20 bis 83 Jahren verstorben. Demnach ist auch hier die Trennung nach dem Alter von unter und über 60 Jahren nötig. Nach Lage und Verlauf der Maximakurven wird im Alter von unter 60 Jahren nur im Jahrzehnt 40 bis 49 Jahre das bei Geistesgesunden gefundene Höchstgewicht auch bei Geisteskranken erreicht, im Alter von über 60 Jahren bleibt das Maximum für die Gehirngewichte geisteskranker Männer mit funktionellen Psychosen stets unterhalb der entsprechenden bei Geistesgesunden gefundenen Werte. Die Betrachtung der Mittelkurven ergibt, daß im Alter von unter wie über 60 Jahren ein nennenswerter Unterschied in der Höhe des durchschnittlichen Hirngewichtes zwischen Geistesgesunden und Geisteskranken nicht besteht. In der untersten Gewichtsgrenze zeigen die funktionellen Psychosen bei Männern den anderen Psychosen gegenüber ein auffallendes abweichendes Verhalten. Weder geht die Minimakurve bei ihnen unter die Minimakurve für Gehirne Geistes-

Digitized by Google

gesunder, noch liegt sie annähernd mit ihr auf gleicher Höhe, sie bleibt vielmehr im Alter von unter wie über 60 Jahren fast stets erheblich über ihr. Dies tritt besonders im Alter von über 60 Jahren hervor. Es werden daher bei funktionellen Psychosen bei Männern bei weitem nicht die besonders leichten Gehirne auftreten, wie sie sich bei Geistesgesunden nach *Marchand* finden.

Nach den Dichtigkeitstabellen schwanken die Gehirne Geistesgesunder im Alter von unter 60 Jahren zwischen 1750 g und 1000 g, die Gehirne von Geisteskranken zwischen 1650 g und 1000 g. Bis 1300 g hinab ist der Anteil von 100 Gehirnen in einzelnen Stufen auf seiten der Geisteskranken größer. In der Breite zwischen 1300 g und 1100 g zeigen die Gehirne Geisteskranker eine größere Häufigkeit.

Männer	Alter 20–59 Jahre			Alter 60–85 Jahre		
	Normal %	Fund. Fällchen %		Normal %	Fund. Fällchen %	
1750–1700	0.3					
1700–1650	0.6					
1650–1600	1.1	4.1				
1600–1550	6.1			3.1		
1550–1500	18.3			7.4	10.5	
1500–1450	18.0	17.1		7.4	10.5	
1450–1400	16.3	8.1		17.9		
1400–1350	14.1	22.1		17.9	15.8	
1350–1300	16.0	14.5		20.0	5.3	
1300–1250	10.8	16.1		11.6	21.1	
1250–1200	3.9	9.6	82.1%	9.5	26.3	52%
1200–1150	1.1	1.6		2.1	10.5	
1150–1100	1.4	4.8		1.0		
1100–1050	0.6			1.0		
1050–1000	0.8			1.0		

Bei 1100 g hat das Auftreten von Gehirnen Geisteskranker mit funktionellen Psychosen sein Ende erreicht, während zwischen 1100 und 1000 g die Gehirne Geistesgesunder nach *Marchand* in einer Häufigkeit von 1,4 % sich vorfinden.

Im Alter von über 60 Jahren verteilen sich die Gehirne

Digitized by Google

Umgangssprache auf die Form von Gln. (1a) oder (1b). Die Form (1a) hat Vorzüge, wenn die zeitliche Lage der Ereignisse wichtig ist, (1b) dagegen, wenn es auf die Reihenfolge ankommt. Wir wollen (1a) wählen, weil wir uns für die zeitliche Lage interessieren. Wir können (1a) auch in der Form

$$\text{Ursache} \xrightarrow{\text{Zeit}} \text{Wirkung} \tag{1c}$$

schreiben. Wir können (1c) graphisch darstellen, wenn wir die Zeit auf einer Achse abtragen und Ursache und Wirkung durch Punkte auf dieser Achse darstellen (Abb. 1).

Abb. 1. Ursache und Wirkung in zeitlicher Folge

Wir bezeichnen mit „Ereignis" einen Punkt in Raum und Zeit. Wir können also sagen, daß Ursache und Wirkung Ereignisse sind. Wir können (1c) auch in der Form

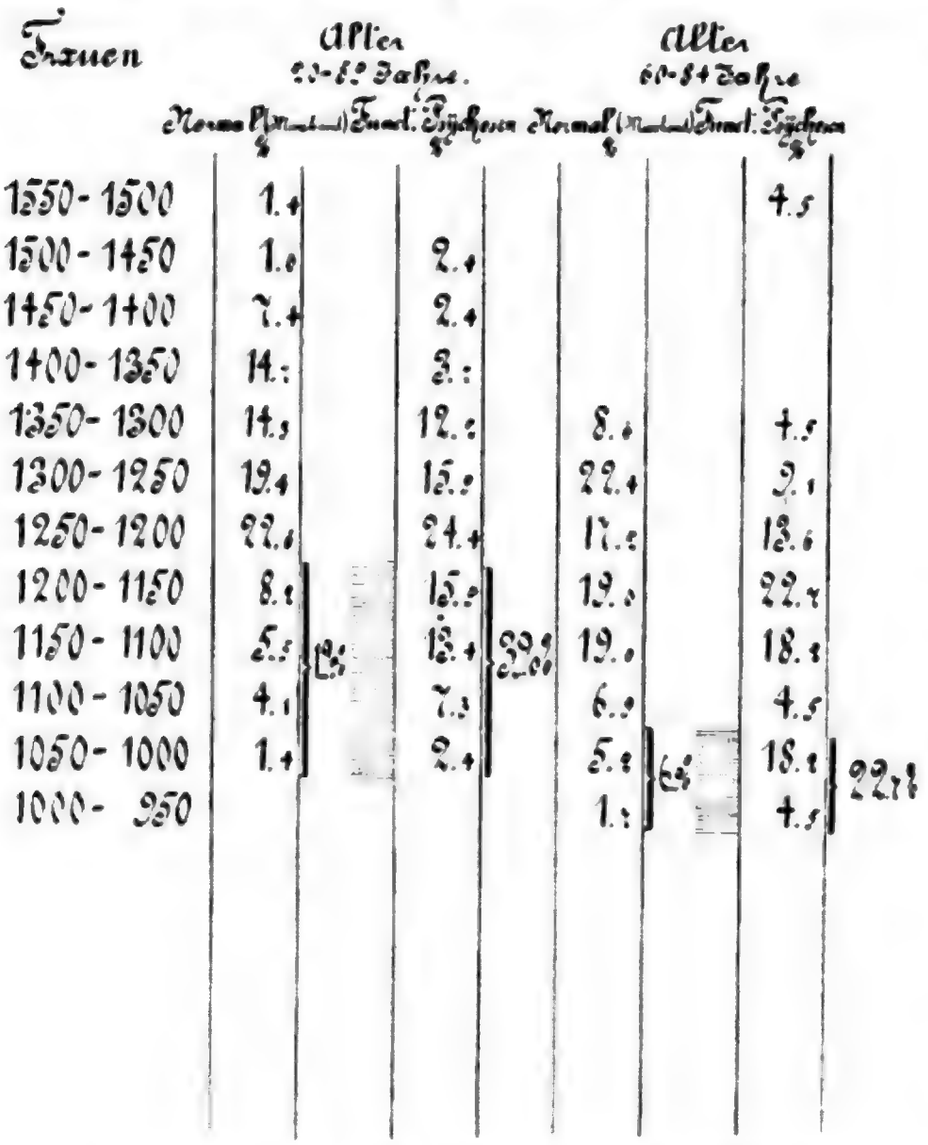
$$\text{Ereignis} \xrightarrow{\text{Zeit}} \text{Ereignis} \tag{1d}$$

schreiben. Wir bezeichnen Ereignisse durch Buchstaben, z. B. A, B, C, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z.

Durchschnittshirngewichte bei Individuen unter wie über 60 Jahre, da die Mittelkurven in ihrer ganzen Ausdehnung in fast gerader, paralleler und horizontaler Richtung verlaufen, und die Mittelkurve für die Gehirne Geisteskranker nur wenig unterhalb der für Geistesgesunde liegt.

HARVARD MEDICAL LIBRARY AUG 24 1908

Die Minimakurven für das Alter von unter 60 Jahren kreuzten sich wiederholt in ihrem Verlaufe, ohne aber jemals eine besondere Höhendifferenz zu zeigen. Mithin läßt sich sagen, daß auch in der Lage der unteren Hirngewichtsgrenze ein Unterschied zwischen Geistesgesunden und Geisteskranken mit funktionellen Psychosen nicht besteht. Im Alter von über 60 Jahren liegt im ersten Jahrzehnt die Minimakurve für Gehirne geisteskranker Frauen erheblich unter der niedrigsten Gewichtsgrenze, wie sie für die Gehirne Geistesgesunder nach *Marchand* sich finden. Im folgenden Jahrzehnt steigt sie ganz erheblich an und geht über die Minimakurve für die Gehirne Geistesgesunder hinweg.



Aus den Dichtigkeitstabellen ergibt sich, daß im Alter von 20 bis 59 Jahren die Gehirne geisteskranker Frauen mit funktionellen Psychosen in der Gewichtsbreite zwischen 1200 und

Digitized by Google

1000 g mit einem größeren Anteil vertreten sind, als die Gehirne Geistesgesunder. Im Alter von über 60 bis 84 Jahren gilt dasselbe für die Hirngewichtsbreite 1050—950 g. Daraus ergibt sich, daß auch bei der Anordnung nach Gewichtsstufen die untere Hirngewichtsgrenze für Gehirne von Frauen mit funktionellen Psychosen sowohl im Alter von unter 60 Jahren wie über 60 Jahren mit der nach *Marchand* für Gehirne geistesgesunder Frauen (1000 resp. 950 g) zusammenfällt. Es besteht somit bei den Individuen mit funktionellen Psychosen ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern insofern, als beim weiblichen Geschlecht die für Gehirne Geistesgesunder gefundenen niedrigsten Gewichte erreicht werden, während beim männlichen Geschlecht die leichtesten Gehirne Geisteskranker noch erheblich schwerer sind als die Geistesgesunder.

Resümee.

Verteilt man von Geisteskranken mit Dementia paralytica oder Dementia senilis oder organischen Psychosen oder funktionellen Psychosen einerseits und von Geistesgesunden andererseits die gleiche Anzahl (100) von Gehirnen auf Gewichtsstufen von 50 zu 50 g und vergleicht man den Anteil der Gehirne in den einzelnen gleichen Stufen bei Geistesgesunden und Geisteskranken, so ergibt sich:

Männliches Geschlecht.

Dementia paralytica.

Über 1300 g sind die Gehirne von Geistesgesunden in größeren Mengen vertreten.

Zwischen 1300 und 1000 g beträgt die Häufigkeit bei Paralyse 64,1% gegenüber 22,2% bei Geistesgesunden.

Dementia senilis.

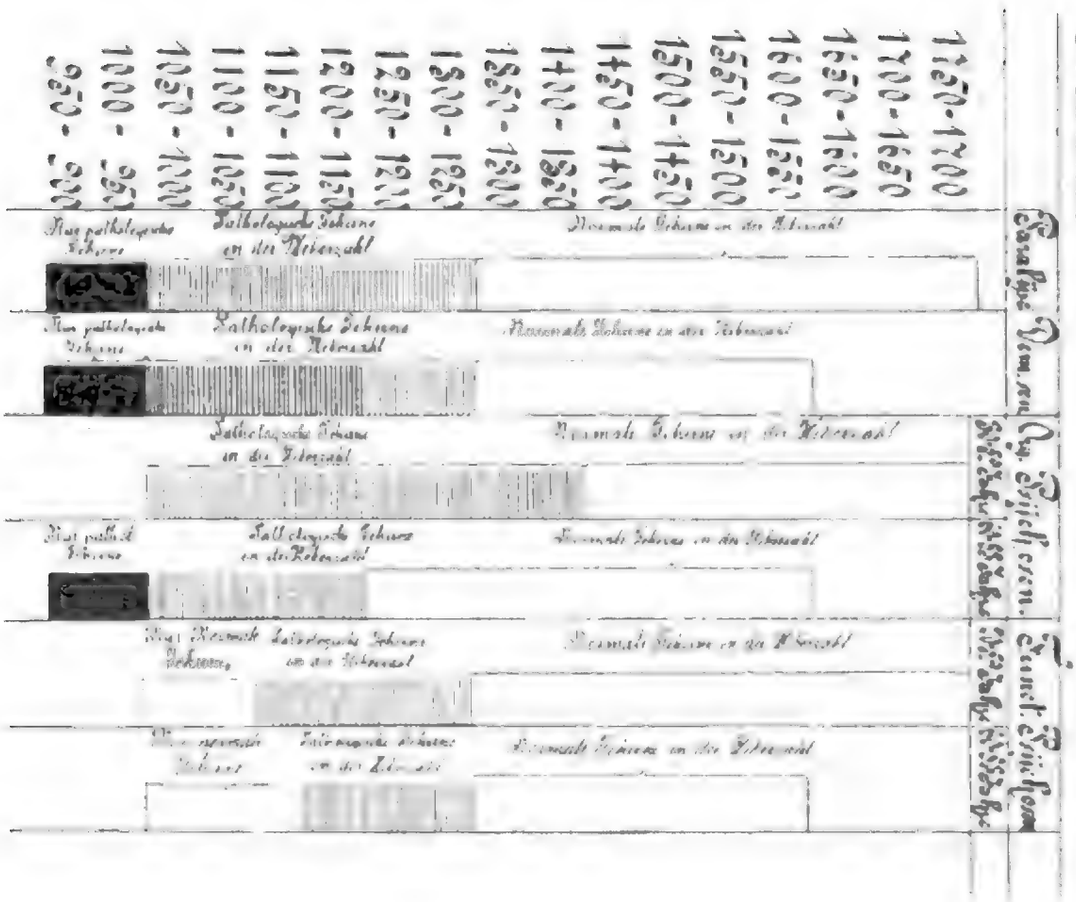
Über 1300 g liegt die größere Häufigkeit auf seiten der Geistesgesunden.

Zwischen 1300 g und 1000 g beträgt sie bei Dementia senilis 67,3% gegenüber 26,2% bei Geistesgesunden.

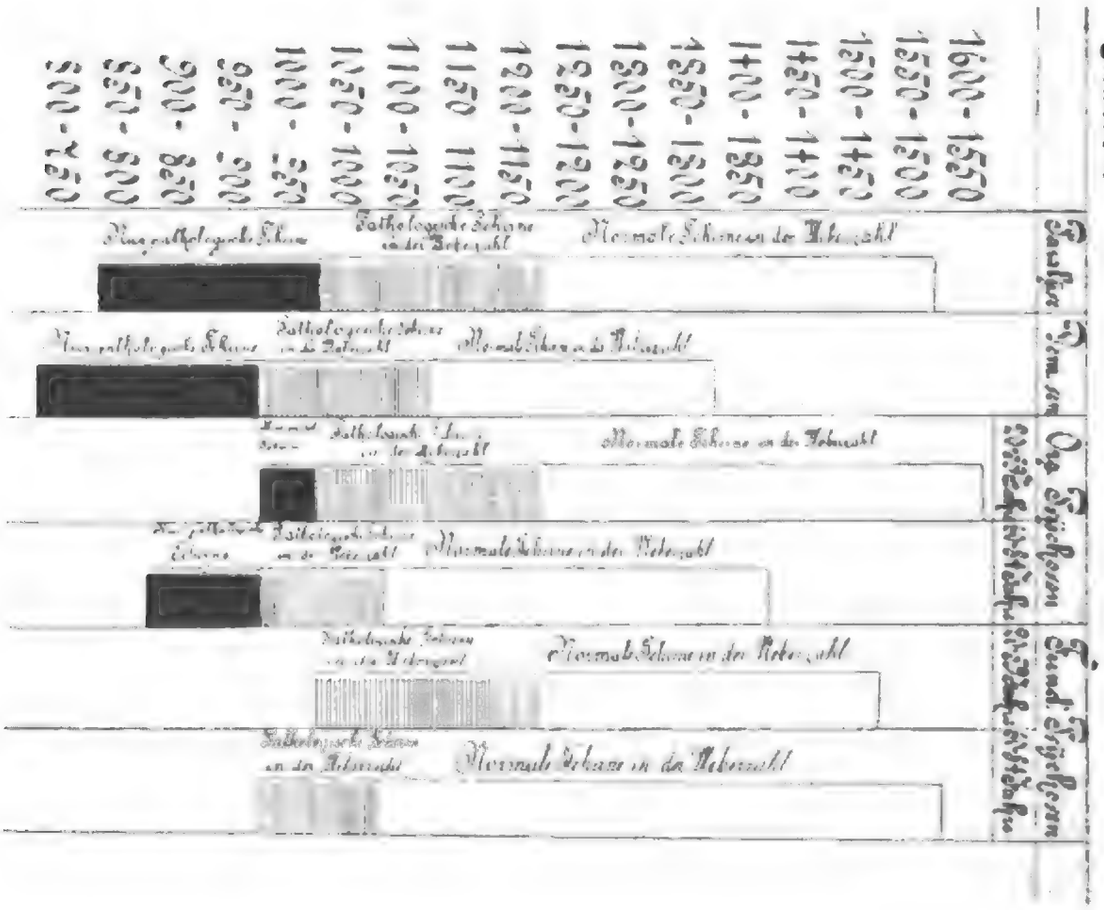
Digitized by Google

Übersichtstabellen.

Männer



Frauen



Digitized by Google

Organische Psychosen.

a) Unter 60 Jahre.

Über 1400 g liegt der größere Anteil auf seiten der Geistesgesunden.

Unter 1400 g bis 1000 g auf seiten der Geisteskranken mit 78,6% gegenüber 51,6% bei Geistesgesunden.

b) Über 60 Jahre.

Über 1200 g liegt die größere Häufigkeit bei den Geistesgesunden.

Zwischen 1200 und 1000 g bei den Geisteskranken mit 20,7% gegenüber 5,1% bei Geistesgesunden.

Funktionelle Psychosen.

a) Unter 60 Jahre.

Über 1300 g ist die Häufigkeit bei Geistesgesunden größer.

Zwischen 1300 und 1100 g bei Geisteskranken mit 32,1% gegenüber 18,8% bei Geistesgesunden.

b) Über 60 Jahre.

Bis 1300 g ist die größere Häufigkeit auf seiten bei Geistesgesunden.

Zwischen 1300 g bis 1150 g bei Geisteskranken mit 57,9% gegenüber 23,2% bei Geistesgesunden.

Ein Hirngewicht unter 1000 g wird nach *Marchand* bei Geistesgesunden in keinem Falle erreicht.

Bei **Geisteskranken** liegen **unter 1000 g**:

Bei **Dementia paralytica** 2,1% aller Fälle. Sie verteilen sich auf alle Jahre zwischen 29 bis 59.

Bei **Dementia senilis** 1,6% aller Fälle. Hierfür kommt speziell das Alter von 60 bis 69 Jahren in Betracht.

Bei **organischen Psychosen** a) unter 60 Jahre kein Fall, b) **über 60 Jahre** 2,8%, speziell im Alter von 60 bis 69 Jahren.

Bei funktionellen Psychosen hingegen findet sich kein Gehirn unter 1100 g (unter 60 J.) resp. unter 1150 g (über 60 J.).

Aus obiger Zusammenstellung ist zu ersehen, daß bei Geisteskranken mit organischen Psychosen bei einem Alter von unter

Digitized by Google

60 Jahren die Gehirne sich erheblich häufiger als bei den anderen Geisteskrankheiten dem normalen Mittelgewicht nähern,

daß ein Gehirn eines Geisteskranken von unter wie über 60 Jahren von einem Gewicht unter 1100 g resp. unter 1150 g die Annahme einer funktionellen Psychose als Krankheitsform im Leben nicht zuläßt,

daß die Höhe von **1000 g** die niedrigste Gewichtshöhe nach *Marchand*, von Gehirnen Geisteskranker nach unten hin überschritten wird, aber nur bei Geisteskranken mit entweder Dementia paralytica oder mit Dementia senilis oder mit einer organischen Psychose, falls im letzten Falle das Individuum ein Alter von über 60 Jahren erreicht hat.

Weibliches Geschlecht.

Dementia paralytica.

Über 1200 g liegt die größere Häufigkeit auf seiten der Geistesgesunden;

zwischen 1200 g und 1000 g bei den Geisteskranken mit 65,4% gegenüber 19,4 bei Geistesgesunden.

Dementia senilis.

Über 1100 g liegt der größere Anteil bei den Geistesgesunden;

zwischen 1100 und 950 g bei den Geisteskranken 38,4% gegenüber 13,8% bei Geistesgesunden.

Organische Psychosen.

Unter 60 Jahre.

Über 1200 g liegt die größere Häufigkeit bei den Geistesgesunden;

zwischen 1200 und 1000 g bei den Geisteskranken mit 32,3% gegenüber 19,2% bei den Geistesgesunden.

Über 60 Jahre.

Über 1050 g ist der Anteil bei den Geistesgesunden größer; unter 1050 g bis 950 g bei den Geisteskranken mit 19,1% gegenüber 6,9% bei Geistesgesunden.

Digitized by Google

Funktionelle Psychosen.

Unter 60 Jahre.

Über 1200 g sind die Gehirne von Geistesgesunden dichter vertreten:

unter 1200 bis 1000 g bei Geisteskranken mit 39,0% gegenüber 19,2% bei Geistesgesunden.

Über 60 Jahre.

Bis 1050 g ist die größere Häufigkeit auf seiten der Geistesgesunden:

zwischen 1050 und 950 g bei den Geisteskranken mit 22.7% gegenüber 6,9% bei Geistesgesunden.

Ein Hirngewicht unter 1000 g (unter 60 J.) resp. unter 950 g (über 60 J.) wird nach *Marchand* bei Geistesgesunden weiblichen Geschlechts in keinem Falle erreicht.

Bei Geisteskranken weiblichen Geschlechts liegen unter 1000 g (unter 60 J.).

Bei **Dementia paralytica** 14% aller Fälle. Diese Zahl gilt für das ganze Alter von 18—59 Jahren.

Bei **organischen Psychosen** 3,2% aller Fälle.

Für diese Zahl kommt nur das Alter von 50 bis 59 Jahren in Betracht.

Unter 950 g liegen:

Bei **Dementia senilis** 7,8% aller Fälle. Sie verteilen sich auf alle Jahre von 60 bis 95.

Bei **organischen Psychosen** (über 60 Jahre) 4,8% aller Fälle. Diese Zahl kommt speziell für die Jahre 70 bis 82 in Betracht.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß bei allen vier Formen von Geisteskrankheit von weiblichen Gehirnen die unterste Gewichtsgrenze für Gehirne Geistesgesunder, nämlich 1000 g (unter 60 J.) resp. 950 g (über 60 J.) erreicht wird, daß also beim weiblichen Geschlecht die funktionellen Psychosen nicht das für das männliche Geschlecht festgestellte abweichende Verhalten betreffs der untersten Gewichtsgrenzen zeigen,

daß auch die organischen Psychosen sich betreffs der Annäherung an das normale Mittelgewicht nicht anders verhalten, als die andern Psychosen,

Digitized by Google

daß auch beim weiblichen Geschlecht die unterste Gewichtsgrenze nach *Marchand* nach unten hin überschritten wird und zwar ebenfalls nur bei Geisteskranken mit Dementia paralytica oder Dementia senilis oder mit organischen Psychosen, in diesem Falle sowohl bei einem Alter über wie unter 60 Jahren.

Ergebnis.

In der Einleitung war die Frage aufgeworfen, ob auf Grund eines bestimmten niedrigen Hirngewichtes das Bestehen einer geistigen Erkrankung im Leben bei dem betreffenden Individuum sichergestellt werden kann.

Diese Möglichkeit erscheint gegeben:

Männliches Geschlecht.

Bei einem männlichen Individuum ist ohne Rücksicht auf das Alter eine geistige Erkrankung im Leben mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, wenn das Gehirn ein Gewicht unter 1000 g hat.

Als etwaige Krankheitsform kommt eine Dementia paralytica, eine Dementia senilis oder eine organische Psychose (falls das Individuum über 60 Jahre alt war) in Betracht.

Handelt es sich von vornherein um das Gehirn eines Geisteskranken, so ist, falls das Gehirn ein Gewicht unter 1100 g bei einem Alter unter 60 Jahren resp. ein Gewicht unter 1150 g bei einem Alter unter 60 Jahren hat, das Vorliegen einer funktionellen Psychose mit Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

Weibliches Geschlecht.

Handelt es sich bei der aufgeworfenen Frage um das Gehirn einer Frau, so ist zu erwägen, ob die Verstorbene ein Alter von unter oder über 60 Jahren erreicht hat.

Bei einem Alter von unter 60 Jahren muß eine geistige Erkrankung im Leben als ziemlich sicher angenommen werden, wenn das Hirngewicht unter 1000 g liegt. Als Krankheitsform kommt eine Dementia paralytica oder eine organische Psychose in Betracht.

Digitized by Google

Bei einem Alter von über 60 Jahren ist die Annahme einer Psychose im Leben bei einem Gehirne unter 950 g gesichert. Es kann sich in diesem Falle um eine Dementia senilis oder um eine organische Psychose gehandelt haben.

Die diesen Ergebnissen zugrunde liegenden Kurven und Dichtigkeitstabellen befinden sich in der Anlage. Die Höhen, in denen die größere Dichtigkeit auf seiten der Geisteskranken liegt, sind schraffiert, die Höhen, in denen nur Gehirne von Geisteskranken, keine von Geistesgesunden auftreten, sind bei den Kurventabellen quadriert, bei den Dichtigkeitstabellen schwarz gezeichnet. Die klinischen und anatomischen Befunde der Fälle von Dementia paralytica, bei denen die Personen ein Alter über 56 Jahren erreicht haben, sind unten beigefügt.

Ich halte es für meine Ehrenpflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. *Moeli* für die Anregung zu dieser Arbeit, für die Überlassung des Materials und für die Unterstützung bei der weiteren Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen. Herrn Kollegen Dr. *Fehrs* danke ich für den Beistand bei der Durchsicht der Sektionsprotokolle, Herrn Dr. *Hübner* für die Durchsicht des Manuskripts. Ich kann nicht verfehlen, Herrn Geheimen Medizinalrat Dr. *Sander* für die liebenswürdige Erlaubnis zu danken, daß ich am 19. März 1904 in der Psychiatrischen Gesellschaft die Tabellen mit einem kurzen Vortrag demonstrieren durfte.

Klinische und anatomische Befunde für die Fälle von Dementia paralytica, bei denen die Verstorbenen ein Alter von 56 bis 59 Jahren erreicht haben.

Männer.

	Klinisch.	Anatomisch.
1.	Alter: 59 Jahr, 1 Monat, 25 Tage Krankheitsdauer: 4 Jahre Pupillen lichtstarr Artikulatorische Sprachstörungen Häsitierende Sprache Paralytische Anfälle Unsauberkeit Frau: Aborte.	Hirngewicht: 1050 g Leptomeningitis Dilatatio ventriculorum Ependimitis granularis Anaemia cerebi et medullae spinalis

Digitized by Google

Männer.

	Klinisch.	Anatomisch.
2.	Alter: 59 Jahr, 1 Monat, 7 Tage Krankheitsdauer: 3¼ Jahr Pupillen lichtstarr Artikulatorische Sprachstörungen Unsauberkeit Viele unnütze Ausgaben Frau: Aborte.	Hirngewicht: 1080 g Haematoma intermeningealis recens Pachymeningitis haemorrhagica Leptomeningitis chronica Atrophia gyrorum Ependymitis granularis Atheromatosis vasorum baseos.
3.	Alter: 59 Jahr, 2 Monat, 3 Tage Krankheitsdauer: 3 Jahre Pupillendifferenz Facialisdifferenz Silbenstolpern Kniephänomen beiderseits sehr gesteigert Dement, verwirrt.	Hirngewicht 1192 g Hydrocephalus internus Ependymitis granularis Schluckpneumonie.
4.	Alter: 58 Jahr, 13 Tage Krankheitsdauer: Kurze Zeit (4 Tage) Beiderseits Lichtstarre Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen beiderseits sehr gesteigert Gedächtnisschwäche Stimmungswechsel.	Hirngewicht: 1295 g Atrophia cerebri Hydrocephalus internus Pachymeningitis chronica Leptomeningitis chronica Oedema piae Degeneratio grisea funiculorum post. medullae spinalis.
5.	Alter: 58 Jahr, 30 Tage Krankheitsdauer: 3 Jahre Pupillen lichtstarr Facialisdifferenz Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen beiderseits sehr gesteigert Anfälle Euphorie; Größenideen.	Hirngewicht: 1227 g Leptomeningitis Hydrocephalus internus Ependymitis granularis
6.	Alter: 58 Jahr, 3 Monat, 5 Tage Krankheitsdauer: 3 Jahre (Taboparalyse, Tabes vor schon 12 Jahren) Lichtstarre der Pupillen Artikulatorische Sprachstörungen Euphorie Ideenflucht; Rededrang Größenideen Merkfähigkeit gering.	Hirngewicht: 1630 g Leptomeningitis chronica Degeneratio grisea funiculorum posteriorum.

Digitized by Google

Männer.

	Klinisch.	Anatomisch.
7.	Alter: 57 Jahr, 10 Monat, 9 Tage Krankheitsdauer: 4 Jahre Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen gesteigert Demenz.	Hirngewicht: 1220 g Pachymeningitis Leptomeningitis Ependymitis granularis Atrophia cerebri.
8.	Alter: 57 Jahr, 6 Monat, 28 Tage Krankheitsdauer: 3 Jahre Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen beiderseits sehr gesteigert Beiderseits Fußklonus Unsauberkeit Größenideen.	Hirngewicht: 1259 g Pachymeningitis haemorrhagica Leptomeningitis Ependymitis granularis.
9.	Alter: 57 Jahr, 1 Monat, 14 Tage Krankheitsdauer: 2¼ Jahre Lichtstarre beider Pupillen Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen gesteigert.	Hirngewicht: 1287 g Leptomeningitis chronica Hyperaemia cerebri.
10.	Alter: 56 Jahr, 4 Monat, 11 Tage Krankheitsdauer: 2 Jahre Paralytische Anfälle Tremor linguae.	Hirngewicht: 1149 g Leptomengitis chronica Ependymitis granularis Meningitis medullae spinalis.
11.	Alter: 56 Jahr, 6 Monat, 25 Tage Krankheitsdauer: 3½ Jahr Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen beiderseits gesteigert Euphorisch, dement Vergeßlich.	Hirngewicht: 1142 g Leptomeningitis chronica diffusa Atrophia gyrorum praecipue regionis frontalis Dilatatio ventriculorum Ependymitis granularis ventriculi IV
12.	Alter: 56 Jahr, 2 Tage Krankheitsdauer: 5 Jahre Lichtstarre Artikulatorische Sprachstörungen Unsauberkeit Verwirrtheit, Ideenflucht.	Hirngewicht: 944 g Degeneratio nervorum opticorum grisea Pachymeningitis chronica Leptomeningitis chronica Ependymitis granularis.
13.	Alter: 56 Jahr, 2 Monat, 18 Tage Krankheitsdauer: 2¾ Jahr Lichtstarre der Pupillen Kniephänomen beiderseits sehr gesteigert Pupillendifferenz Artikulatorische Sprachstörungen Romberg vorhanden.	Hirngewicht: 1375 g Leptomeningitis chronica convexitatis Dilatatio ventriculorum Ependymitis granularis Arteriosclerosis circuli Willisii.

Digitized by Google

Männer.

	Klinisch.	Anatomisch.
14.	Alter: 56 Jahr, 6 Monat, 6 Tage Krankheitsdauer: 3 Jahre Pupillen lichtstarr Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen fehlend.	Hirngewicht: 1155 g Leptomeningitis chronica
15.	Alter: 56 Jahr, 10 Monat, 15 Tage Krankheitsdauer: 2 1/4 Jahr Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen beiderseits gesteigert Links Fußklonus Unsauberkeit Gedächtnisschwäche.	Hirngewicht: 1062 g Pachymeningitis recens haemorrhagica interna Atheroma vasorum baseos Leptomeningitis chronica adhaesiva Dilatatio ventriculorum lateralium.
16.	Alter: 56 Jahr, 8 Monat, 25 Tage Krankheitsdauer: 2 1/2 Jahr Pupillen lichtstarr Atrophia nervorum opticorum Kniephänomen fehlend Romberg vorhanden Demenz.	Hirngewicht: 1200 g Leptomeningitis chronica levis Atrophia gyrorum levis Ependymitis granularis ventriculorum lateralium Atheroma vasorum baseos levis Atrophia nervorum opticorum Degeneratio grisea funiculorum posteriorum medullae spinalis.

Frauen.

	Klinisch.	Anatomisch.
1.	Alter: 59 Jahr, 7 Monat, 18 Tage Krankheitsdauer: 2 1/2 Jahr Pupillen lichtstarr Ptosis links R. Facialis schwächer Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen fehlend Analgesie der unteren Extremitäten Demenz.	Pachymeningitis haemorrhagica Leptomeningitis chronica Hydrocephalus externus Atrophia cerebri Atheroma levis vasorum baseos Ependymitis granularis.
2.	Alter: 57 Jahr, 1 Monat, 6 Tage Krankheitsdauer: 3/4 Jahr Pupillen entrundet Pupillendifferenz Artikulatorische Sprachstörungen.	Hirngewicht: 1050 g Athrophia gyrorum Leptomeningitis chronica Ependymitis granularis.

Digitized by Google

Frauen.

	Klinisch.	Anatomisch
3.	Alter: 57 Jahr Krankheitsdauer: 2 1/2 Jahr Pupillen lichtstarr Artikulatorische Sprachstörungen Kniephänomen gesteigert Unsauberkeit.	Hirngewicht: 1252 g Leptomeningitis chronica diffusa Atrophia gyrorum Dilatatio ventriculorum Ependymitis granularis.
4.	Alter: 56 Jahr, 9 Monat, 23 Tage Krankheitsdauer: 2 1/2 Jahr Pupillen lichtstarr Rechter Facialis stärker Kniephänomen beiderseits sehr gesteigert Analgesie der Beine Anfälle Demenz. Größenideen.	Hirngewicht: 1217 g Pachymeningitis haemorrhagica Leptomeningitis diffusa Hydrocephalus externus et internus Atrophia gyrorum Ependymitis granularis.
5.	Alter: 56 Jahr, 5 Monat, 7 Tage Krankheitsdauer: 1 Jahr Artikulatorische Sprachstörungen Demenz Euphorie.	Hirngewicht: 1155 g Atrophia gyrorum praecipue regionis parietalis et frontalis Leptomeningitis chronica Dilatatio ventriculorum Ependymitis granularis Atheromatosis vasorum baseos.
6.	Alter: 56 Jahr, 5 Monat, 24 Tage Krankheitsdauer: 1 1/2 Jahr Pupillen lichtstarr Kniephänomen different Unsauberkeit Marasmus paralyticus Euphorie. Größenideen.	Hirngewicht: 1294 g Leptomeningitis chronica Ependymitis granularis Hydrocephalus et dilatatio ventriculorum.

Literatur.

1. *von Bischoff, Th.*, „Das Hirngewicht des Menschen." Bonn 1880.
2. *Ilberg*, „Das Gewicht des Gehirns und seiner Teile von 112 an Dementia paralytica verstorbenen männlichen Sachsen." Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60. Heft III.
3. *Marchand, F.*, „Über das Hirngewicht des Menschen". XXVII. Band der Abhandlungen der mathematisch-physischen Klasse der Kgl. Sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften.

Digitized by Google

4. *Meynert*, „Klinische Vorlesungen“. Wien 1890.
5. *Pfleger*, „Untersuchungen über das Gewicht des menschlichen Gehirns.“ Jahrbücher für Psychiatrie. III. Bd. Wien 1882.
6. *Tigges*, „Das Gewicht des Gehirns und seiner Teile bei Geisteskranken.“ Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1889. Bd. 45.
7. *Vierordt*, „Daten und Tabellen.“ Jena 1893.
8. *Ziehen, Th.*, Centralnervensystem. T. I in v. Bardeleben, „Handbuch der Anatomie“. IV. Bd. Jena 1899.

Digitized by Google

Zur Kenntnis des Farbensehens.

Von

Dr. **Georg Lomer,** I. Assistenzarzt der Provinzialanstalt Neustadt-Holstein.

Über subjektive Farbenerscheinungen finden sich in der Literatur eine Reihe von Angaben, welche sich aus Einzelbeobachtungen und Versuchsreihen zusammensetzen und mir einer genaueren Betrachtung wert erscheinen. Im Anschluß an die letztere möchte ich sodann auf einen selbst beobachteten Fall eingehen, welcher auch in anderer Richtung einiges Interesse verdient.

Die vorliegenden Beobachtungen lassen sich praktisch in zwei große Gruppen scheiden, von denen die erste alle die Fälle umfaßt, bei welchen die verursachende spezifische Noxe bekannt ist. Die zweite alle jene Fälle, wo die spezifische Noxe unbekannt resp. so gut wie unbekannt ist.

Zur Gruppe I sind zu zählen alle Farbhalluzinationen

a) nach Anwendung chemischer Stoffe (Medikamente und Gifte),
b) nach Kopftrauma,
c) nach Anwendung des elektrischen Stromes und Druckwirkung,
d) bei Glaukom.

Ich lasse die vorliegenden Tatsachen folgen.

Ein reiches Beobachtungsmaterial steht uns zur Verfügung über das bekanntlich im Santoninrausch häufig auftretende Gelbsehen (Xanthopsie), welches schon von *Hufeland* erwähnt ist. Es tritt oft schon nach medikamentösen Dosen auf, lange bevor deletäre Wirkungen auf die Psyche sichtbar werden, und wird von *Lewin*, im Anschluß an *Mari*, folgendermaßen geschildert: „Weiße

Digitized by Google

oder sehr helle Flächen erscheinen gelbgrün; dunkle Flächen und besonders die Schatten der Gegenstände färben sich mehr oder minder violett. Bei gefärbten Stoffen erscheint Rot purpurfarbig, Gelb sehr blaß und grünlich, Violett dunkler, Orange blaßrot, Purpurrot dunkel, und Grün — gelbgrau." Die Erscheinung hält bis zu zwölf Stunden an. Zur Kasuistik haben, um nur die von *Parish* zitierten Autoren anzuführen, u. a. Beiträge geliefert *L. v. Mauthner, Alois Martin, Falk, Giov. Franceschi, R. Farquharson, Th. Krauss, J. Heimbeck.*

Auch bei anderen Medikamenten sind Farbenhalluzinationen angegeben worden, so das Rotsehen infolge von Atropinvergiftung bei manchen Augen-(speziell Staar)operationen, und infolge von Belladonnawirkung. *Parish* sagt in bezug auf diese Visionen ausdrücklich, daß sie einen aufregenden und beängstigenden Charakter hatten.

Wie *Lewin* angibt, tritt nach Genuß von 0,03 bis 0,1 Opium u. a. Druckgefühl in der Stirn- und Schläfengegend auf, wozu sich dann das Sehen von Farben und Ringen gesellen kann.

Nach Einverleibung von Pikrinsäure ist gleichfalls Farben- und zwar Gelbsehen beobachtet worden.

Hierher gehört auch das Rotsehen nach Bilsenkraut(Hyoscyamus)vergiftung und das Violettsehen im Haschischrausch (Cannabis indica). Bei den letztgenannten Affektionen ist es immer nur eine einzige Farbe, welche in Frage kommt.

Anders verhält es sich mit der Wirkung der als Anhalonium Lewinii bezeichneten Droge, welche botanisch zu den Kakteen gerechnet wird. Die wirksame Substanz ist in den Früchten enthalten, aus welchen man sich zu Versuchszwecken ein Infus hergestellt hat. Das von *Lewin* und von den Amerikanern *Prentiss, Morgan* und *Weir Mitchell* studierte Mittel wurde zunächst als Antineuralgicum und Mittel gegen Neurasthenie empfohlen, erlangte jedoch wegen seiner sehr unsicheren Wirkung und wegen der störenden Neben- und Nacherscheinungen keine weitere Verbreitung.[1]) Zu diesen Nebenerscheinungen gehören

[1]) Nebenwirkungen: Pupillenerweiterung, Akkomodationsschwäche, Depression des Muskelsystems, bisweilen Übelkeit, Erbrechen und partielle Hautanästhesie. Nachwirkungen: Parästhesien, Polyurie, Exantheme.

Digitized by Google

auch Visionen, besonders im Gebiete des Farbensinns, welche *Havelock Ellis* nach an sich selbst vorgenommenen Experimenten (laut *Näckes* Referat) folgendermaßen schildert: „Sämtliche Sinnesorgane werden hyperästhetisch. Es stellen sich wunderbare Visionen, namentlich solche der Farben ein. Am deutlichsten bei geschlossenen Augen (!), doch auch bei offenen. Kaleidoskopisch ziehen die nur angenehmen Bilder vorüber, in wunderbare Tinten getaucht, und lassen den Experimentator lange nicht schlafen, jedoch ohne ein Gefühl von Benommenheit zu erzeugen. Dann tritt Ohrklingen auf, Geruchstäuschungen usw. Die Schatten sind violett gefärbt, die Gasflammen tanzen auf und ab. Die Aufmerksamkeit nimmt ab, nicht aber die Urteilskraft." —

Im Delirium tremens sind Farbhalluzinationen eine nicht seltene Erscheinung. Besonders interessante Versuche aber sind in dieser Richtung von *H. Liepmann* angestellt worden. Derselbe suchte an einem Material von 40 Alkoholdeliranten durch Druck auf den vom Lid bedeckten oder auch unbedeckten Bulbus Visionen zu erzeugen und hatte in zahlreichen Fällen positiven Erfolg. In 14 seiner Fälle, d. h. in 35 %, war der Farbensinn lebhaft beteiligt, und zwar trugen die Farbhalluzinationen etwa zur Hälfte einen elementaren Charakter (Streifen, Punkte und dergl.), während sie zur anderen Hälfte kompliziertere Gebilde zeigten (Gestalten, Buchstaben, Landschaften u. dergl.). Die gesehenen Dinge waren stets stabil, und es waren fast durchweg mehrere Farben vorhanden. Die Reihenfolge der Farben, nach der Häufigkeit ihres Auftretens geordnet, ist: Schwarz, Blau, Grün, Weiß, Grau, Gelb, Rosa, Rot. — Schwarz wurde doppelt so oft als Weiß, siebenmal so oft als Rot beobachtet. —

Was das Vorkommen von Farbensehen bei Kopftrauma angeht, so hat *Kaplan* unter 2181 Fällen in 43 % Schwindelanfälle mit Farbensehen und Ohrensausen verzeichnet. Auch sah *Hilbert* nach einer Schußverletzung der Nasengegend einmal Xanthopsie auftreten.

Über optische Phänomene bei Reizung des Sehapparates mittels des elektrischen Stromes haben besonders *Purkinje*, *Ritter* und *Brenner* Versuche angestellt. *Finkelstein*, der sich auf die Versuche dieser Autoren bezieht, macht über die *Brenner*schen

Digitized by Google

Resultate bemerkenswerte Angaben: „Wenn sich beide Elektroden in der Nähe der Augen und in gleicher Entfernung vom n. opt. befinden, so lassen sich irgend welche Lichtempfindungen sehr schwer hervorrufen. Alle Erscheinungen treten klarer und sicherer auf, wenn die Entfernung der Elektroden vom n. opt. bis zu gewissen Grenzen ungleich ist. Der Sehapparat reagiert, je nachdem ob mit Anode oder Kathode gewirkt wird, durch Farbenempfindung verschiedenster Art. Das erzeugte Bild ist doppelfarbig. Bei Untersuchung des eigenen Auges fand *Brenner* die Bilderformel:

KaS: Glänzendes blaues Zentrum, gelblich-grüner Hof.
KaD: Das Bild schwindet allmählich, und zwar das Zentrum langsamer.
KaO: Gelblich-grünes Zentrum, hellblauer Hof.
AnS: Dasselbe Bild.
AnD: Allmähliches Verblassen, wie bei KaD.
AnO: Blaues Zentrum, gelb-grüner Hof."

Von *Finkelsteins* eigenen Resultaten seien nur die folgenden, hier in Betracht kommenden Punkte hervorgehoben. „Die Erregbarkeit des ganzen Sehapparates wird durch Strom und Stromunterbrechung gesteigert und außerdem noch mehr durch vom Druck hervorgerufene künstliche Anämie des Auges (Purkinje) erhöht! Leichte Reizwirkungen erzielen Licht- und Farbenerscheinungen: je mehr der Reiz gesteigert wird, desto weniger reizempfindlich wird die Retina, desto mehr wird sie erschöpft. Ihr Erschöpfungszustand wird durch den Moment gekennzeichnet, in welchem sie durch das Bild ihrer eigenen Bildungselemente zu reagieren beginnt. Diese sind als mosaikartige Fläche sichtbar." —

Im Anschluß hieran muß das Glaukom Erwähnung finden, bei dem das Sehen von Regenbogenfarben zu den geläufigsten Symptomen gehört. Es ist hier als einfache Diffraktionserscheinung aufzufassen, veranlaßt durch eine diffuse Trübung der Hornhaut (*Schweigger* und andere Autoren).

Hiermit schließt die erste Gruppe ab, und wir wenden uns zur

Digitized by Google

Gruppe II.

Diese umfaßt die Farbhalluzinationen

a) bei Infektionskrankheiten,
b) bei Neurosen,
c) bei Psychosen.

Über das Farbensehen als Folgeerscheinung der Influenza hat sich *Hilbert* geäußert. Er bezieht sich zunächst auf die — sehr seltenen — in der Literatur beschriebenen einschlägigen Fälle, deren Aufsuchung mir leider unmöglich war, und erklärt Rotsehen für die häufigste, Gelbsehen für die zweithäufigste Affektion. Am seltensten soll Blausehen auftreten. Sodann berichtet *H.* über je einen selbst beobachteten Fall von Blau- und Gelbsehen.

Nach *Parish* wurde auch bei Icterus und bei Typhus ohne Gelbsucht das Vorkommen von Gelbsehen konstatiert. Jedoch sind mir auch über diese Fälle keine Einzelheiten bekannt. —

Unter den in Betracht kommenden Neurosen nimmt die Epilepsie den ersten Platz ein. Bei ihr haben eine ganze Reihe von Autoren das Auftreten subjektiver Farbenerscheinungen bemerkt und beschrieben. Die letzteren treten hier nur während der Aura auf, und zwar in der sog. optischen Form derselben. *Aretaeus*, sodann *Mackenzie* (1832) sind die ältesten Beobachter. Letzterer berichtet speziell von „Erythropsie". Ebenso machte schon *Griesinger* auf die relative Häufigkeit bunter und vorwiegend roter Gesichtshalluzinationen aufmerksam. *W. R. Gowers* gibt an, daß „gelegentlich mehrere Farben erscheinen, selten nur eine". Nach ihm sind die am häufigsten auftretenden Farben Rot und Blau. „Nie wird eine andere allein wahrgenommen, noch fehlt jemals eine derselben." *Strümpell* meint, daß die Rotempfindung gewöhnlich zuerst auftritt. Auch einige von *Parish* nach anderen Autoren zitierten Fälle scheinen hierher zu gehören. Am genauesten aber ist diese Frage nach *Binswangers* Angabe von *H. Jackson* erforscht worden. „Auch nach diesem Autor spielt die rote Farbe die Hauptrolle; sie erscheint entweder allein oder wenigstens zuerst, mit rascher Succession der übrigen Hauptfarben, und zwar so, daß das Violett — die andere Grenze des Spektrums — zuletzt auftaucht. Er erwähnt übrigens einen Patienten,

Digitized by Google

dem vor jedem Anfalle alle Gegenstände ausschließlich blau gefärbt erschienen." —

Bei der Hysterie ist unr ein entsprechender Fall vermerkt. Er ist von *Levi* beschrieben; und zwar handelt es sich um eine Hysterika leichteren Grades, die mit beiden Augen farbige Flecken sah. Diesen Flecken entsprechend ließen sich relative Skotome nachweisen. Augenhintergrund normal. Eine Behandlung der Hysterie brachte die Flecken nicht zum Schwinden. Es ist übrigens Grund zu der Annahme vorhanden, daß dies Farbensehen bei Hysterischen nicht gar so selten ist. Wenigstens vernahm ich aus dem Munde mehrerer Kollegen, daß sie diese Erscheinung öfter beobachtet haben.

Auch bei Tabes dorsalis ist nur ein einziger Fall verzeichnet. *Dodd* berichtet über einen 32jährigen Tabiker, der ausgesprochene Opticusatrophie, Pupillenstarre und Gesichtsfeldverengerung darbot und alle Gegenstände wie durch einen grünen Schleier sah.

Ladame (Genf) hat einen Vortrag über Rotsehen im Beginn der progressiven Paralyse gehalten. Wie er angibt, ist vordem bei Paralytikern nur Schwarz- und Weißsehen beobachtet worden. Es handelte sich in seinem Falle um einen 40jährigen Mann mit enger, lichtstarrer Pupille, gesteigerten Kniephänomenen, der plötzlich alle Gegenstände und Personen wie mit roten erhabenen Linsen bedeckt sah. Es bestand Hypermetropie, doch war der Augenhintergrund normal. Korrigiert wurde das Rotsehen durch blaue, nicht aber durch graue Gläser. Dauer der Erscheinung: zwei Monate. *Ladame* meint, daß vielleicht starker Lichteindruck (Schneefall) ursächlich anzuschuldigen sei. —

Damit sind die Fälle erschöpft, welche es mir gelang, der gestellten Aufgabe entsprechend, in der Literatur zu finden. Die Scheidung der Fälle in die beiden genannten Gruppen ist natürlich, bei näherer Betrachtung, eine etwas künstliche. Denn nicht nur sind uns die eigentlichen schädigenden Momente der zweiten Gruppe in ihrer Wirkungsart völlig unbekannt, sondern auch die durch uns wohlbekannte Chemikalien und Drogen hervorgerufenen Erscheinungen, sowie die durch Trauma und durch Anwendung des elektrischen Stromes verursachten der ersten Gruppe kennen wir nur insoweit, als wir die auslösende wirksame Substanz in

Digitized by Google

einem Teile der Fälle mit Namen bezeichnen, resp. die Gewalt des Traumas taxieren und die Stärke des elektrischen Stromes berechnen können. Das eigentliche primäre Toxon, das man — naturwissenschaftlich denkend — wohl in chemischen Veränderungen zu suchen hat, ist uns in Gruppe I wie II gleicherweise unbekannt.

Schon in der leichter verständlichen ersten Gruppe stehen sich in der Auffassung der feineren Vorgänge verschiedene Meinungen gegenüber. So wurde (nach *Parish*) das Gelbsehen bei Santoninvergiftung, bei Icterus und bei Typhus von früheren Autoren als dioptrisch entstanden aufgefaßt. Da indes *Moxon* feststellte, daß bei Santoninvergiftung wie auch bei selbst tödlichen Fällen von Icterus die brechenden Augenmedien farblos sind, da ferner *van Swieten* bei gut sehenden Greisen gelbe Linsen fand, so nahm *de Martini* eine molekuläre Wirkung auf die Netzhaut und eine Veränderung ihrer Spannung an, „durch welche die vibratorische Reaktion der Nerventeilchen bei Lichtreiz verändert wird". *E. Rose* und andere nehmen ihrerseits eine Narkose an, resp. eine teilweise mit Verkürzung des Farbenspektrums verbundene Blindheit. Auch *Ziehen* hält das Santonin-Gelbsehen für eine Folge der durch die Intoxikation hervorgerufenen Violettblindheit.

Was die so häufige Erythropsie der Epileptischen anbelangt, so beruht sie nach *Ziehen* auf einer Ermüdung der Retina für die kurzwelligen Strahlen der violetten Seite des Spektrums, während sie *Griesinger* zu einem treffenden Vergleich mit seinen sogenannten „Primordialdelirien" verwendet, deren Charakteristikum wie das der optischen Aura in einer genau präzisierten, eng begrenzten Richtung der zentral bedingten Erregungswelle liegt. Die chemische Affinität des Epilepsiegiftes zu ganz bestimmten Hirn- und Nervengebieten kann hier gut zur Erklärung herangezogen werden. Ganz bestimmt liegt aber eine solche sehr weitgehende Affinität bei der Alkoholintoxikation vor, zu deren Verständnis die wertvollen Versuche *Liepmanns* wesentlich beitragen. Durch die letzteren wird das Vorhandensein einer peripheren Komponente zu der Entstehung der Halluzinationen, von der ja auch *Kräpelin* spricht, mehr als wahrscheinlich.

Digitized by Google

Da nun der Alkohol ein anerkanntes Nervengift ist und speziell die Gefäßnerven alteriert, so ersteht hier die Frage, ob die Alkoholhalluzinationen, und darunter natürlich die Farberscheinungen, nicht vielleicht durch bestimmt lokalisierte Gefäßveränderungen und Blutdruckschwankungen mehr oder weniger vorübergehender und wechselnder Art verursacht werden!

Hierfür spricht auch die anerkannte Tatsache, daß Gemütsbewegungen von großem Einfluß auf die Tätigkeit des Herzens und der Gefäße sind. Beim Alkoholdeliranten ist eine gemütliche Erregung ganz unverkennbar. Desgleichen bei Vergiftung mit Atropin und Belladonna (siehe oben).

So weist auch *Wadsworth* darauf hin, daß Störungen in der Farbenempfindung nicht nur durch eine lokale Affektion des Auges, speziell der Retina, hervorgerufen werden, sondern daß der Zustand des gesamten Nervensystems von Wichtigkeit ist. Abnormitäten der Farbenempfindung finden sich, nach seinen Untersuchungen, bei Gemütsbewegungen sowie bei gestörter koordinatorischer und assoziativer Funktion des Gehirns. —

Was nun das Auftreten von Farberscheinungen bei Kopftrauma und bei Beeinflussung mittels des elektrischen Stromes betrifft, so leuchtet ohne weiteres ein, daß auch hier mehr weniger bedeutende Schwankungen im Blutdruck und Gefäßtonus vorhanden sein müssen. Bei den *Kaplan*schen mit Schwindel verbundenen Fällen ist, wie ich meine, sogar mit Sicherheit ein Krampf gewisser Gefäße (Shock?) ätiologisch verantwortlich zu machen (confer: physiologische Wirkung des Schrecks!) —

Farberscheinungen bei Tabes, speziell wenn Opticusatrophie vorhanden ist, sind vielleicht häufiger, als man denkt, und finden nur, wegen der kurzen Dauer und wegen ungenügender Beobachtung, keinen Berichterstatter. Da bei tabischer Sehnervenatrophie die Sehkraft sehr frühzeitig abnimmt und das Unterscheidungsvermögen für Farben, besonders für Grün, sehr frühzeitig erlischt (siehe *Strümpell*), so läßt sich das Grünsehen in dem zitierten Falle vielleicht als ein dem Erlöschen vorausgehender abnormer Reizzustand auffassen, dessen letzte Ursache möglicherweise gleichfalls in der Wirkung toxischer Substanzen auf gewisse Gruppen von Gefäßnerven bezw. -zentren zu

Digitized by Google

erblicken ist. Ähnlich könnte man das Farbensehen bei Paralyse deuten. Doch das sind Theorien, für die sich nur schwer vollgültige Beweise erbringen lassen. —

Es sei mir nun gestattet, auf einen von mir selbst beobachteten Fall einzugehen. Es handelt sich um das Vorkommen von Grünsehen bei einem Fall von juveniler Psychose, den ich hier in extenso folgen lasse.

Marie Dorothea N., ehelich geboren 5. April 1883, evangelisch, Dienstmädchen.

Anamnese. Großvater der Patientin fiel vom Gerüst auf den Kopf. Danach Charakteränderung: er wurde Potator und soll geisteskrank geworden sein. Vater litt bis 1881/82 an Krämpfen. Zuerst infolge von Schreck (fand seinen Prinzipal tot vor). Er starb 1900 an Phthise, 50 Jahre alt. Seine ganze Familie war phthisisch. Alle seine Geschwister an Phthise gestorben, außer einem Bruder, der schwer asthmatisch ist.

Mutter litt an heftiger Migräne, starb 1899 an Gallensteinkolik, 46 Jahre alt.

Eine ältere Schwester der Patientin ist verheiratet, sehr nervös.

Eine jüngere unverheiratete Schwester desgleichen; hatte schon Tage, an denen sie gar nichts hört und nichts schmeckt (Hysteria?).

Ein Bruder ist nierenleidend, nach Malaria.

Patientin selbst soll bis zum vierten Jahre an Krämpfen gelitten haben, bekam infolgedessen zu Hause viel Schläge (!), „da alles Verstellung sei. Sie ärgere sich immer gleich so sehr, das wolle man ihr austreiben!“ Sie machte sämtliche Kinderkrankheiten durch, hatte auch Diphtherie. Als Kind war sie immer sehr zart, im übrigen zutraulich und anhänglich an ihre Verwandten, meist vergnügter Laune. Doch soll sie stets an Kopfschmerzen und Angstzuständen gelitten haben. Mit Männern soll sie nie Umgang gehabt oder auch nur Neigung zu solchem verspürt haben. Sie war, nach Aussage der Schwester, eher abstoßend in ihrem Wesen gegen das andere Geschlecht.

Seit dem Tode der Mutter Dienstmädchen. Doch wechselte sie sehr oft ihre Stellung, da sie sich überall benachteiligt glaubte. Hatte deswegen mit den Verwandten oft Szenen, in welchen man sie grob und unsanft behandelte. 1900 Lungenentzündung, befand sich zehn Wochen im Krankenhaus Altona. Geheilt entlassen. Im selben Jahre Tod des Vaters. Seitdem war sie auffällig verändert, glaubte sich seitens der Angehörigen zurückgesetzt und wurde unordentlich und nachlässig mit ihren Sachen. Bekam Schelte von der Schwester, weil sie immer so zerrissenes Zeug trug. In den Tod der Eltern fand sie sich schwer, hatte auch zum Dienen offenbar keine rechte Lust. 1900, Juni, Blinddarmentzündung und Icterus, acht Wochen im Pinneberger Krankenhaus. Erzählte dort einer Dame, sie habe schon einen Vergiftungsversuch gemacht. Geheilt entlassen.

Digitized by Google

1. November 1900 kam sie als Dienstmädchen zu Frau Prof. H. in B.: dort nur 14 Tage. Wurde krank; Angstzustände und massenhafte Halluzinationen: Sie hörte immer an die Tür klopfen, das Fenster ging von selbst auf und zu. Wenn sie über den Boden ging, wurde sie immer am Kleid gerissen. Die Skelette des Prof. H. (er war Zoologe) nickten ihr zu und deuteten ihr durch Gebärden an, sie solle sich aufhänge. Eine Gespensterhand deutete auf eine Flasche Schwefeläther, die auf einem Bord stand, „sie solle sie austrinken!" Sie tat dies und kam 14. November 1900 ins Krankenhaus Altona. Wurde dort angeblich auf „Bleichsucht" behandelt und kam erst, nachdem die Schwester dem Arzte das Vorgefallene mitgeteilt, auf die Irrenabteilung. Blieb dort bis 10. April 1901. Machte auf die Verwandten bei deren Besuchen stets einen „ganz vernünftigen" Eindruck. Der Schwager nahm sie deshalb gegen ärztlichen Rat zu sich ins Haus, „da sie versprach, sich zu bessern und zu arbeiten". Sie suchte sich dann wieder Stellung, bekam aber schwer eine. Die Leute wollten sie nicht nehmen, sobald sie hörten, daß sie auf Irrenabteilung gewesen sei. Dies kränkte sie sehr. Auch dauerten die Angstzustände fort. Sie hörte ihre verstorbene Mutter sprechen, sah sie deutlich und ging ihr nach bis auf den Kirchhof, auch des Nachts (6. Mai 1901). Die Schwester machte ihr Vorwürfe, und es kam einmal zu einer Szene, in der Patientin einen „Wutanfall" bekam. Sie wurde ins Krankenhaus zurückgebracht, befand sich dort vom 9. Mai bis 23. Oktober 1901. Von da ins Siechenhaus. Hier tauchte die Vorstellung auf, daß ihr Vormund ihr nachstelle. Sie sah ihn und hörte ihn sprechen. Ihre ganze Umgebung sah verändert aus: Sie selbst hatte grüne Augen und eine sehr lange Nase, die immer länger wurde. Hörte sich deswegen verspottet. Die Luft im Garten war oft voller Salzsäuredunst, ihr Kleid voll Asche. Als sie wegen hochgradiger Erregtheit einmal in die Zelle kam, hörte sie „Feuer!" rufen und sah alles voll Qualm und Dunst. Hörte ein anderes Mal den Arzt auf dem Flur zum Personal sagen, man solle ihr Strychnin ins Essen tun, „um sie endlich aus der Welt zu schaffen". — Als Beruhigung eintrat, wurde sie versuchsweise entlassen, kam jedoch in Kürze zurück, da sie ohne Wissen der Angehörigen Drohbriefe an den Vormund und die Polizei schrieb.

13. Februar 1904 von dort nach Kiel, Psychiatrische Klinik.

Gab dort an, sie habe ihre richtigen Eltern gar nicht gekannt, heiße eigentlich gar nicht „N." — Hörte schimpfende Stimmen („Diebin!"). Glaubte sich durch Maschinen und elektrische Apparate von ihrem Vormund beeinflußt. Körperliche Halluzinationen bestanden fort. „Die Nase werde immer länger." Zeitlich und örtlich orientiert. Stimmung teils traurig, teils heiter. Sie glaubte an einem bestimmten Tage sterben zu müssen. Glaubte sich im Gefängnis. Sie werde von der Oberin und den Ärzten fortgesetzt gequält, hypnotisiert und magnetisiert. Schlaf meist ruhig. Narcotica. Intellektuell bot sie nichts Auffälliges. Keine Demenz.

Durch Gutachten vom 30. Mai 1904 entmündigt wegen chron. Geisteskrankheit. — 28. Juli 1904 Überführung in hiesige Anstalt.

Digitized by Google

Bei der Aufnahme ruhig, zeitlich und örtlich vollkommen orientiert, freundlich im Wesen, läßt sich willig entkleiden und baden. Im Bette liegend, äußert sie sofort mehrfach, sie werde hier von ihrem Vormund elektrisiert und magnetisiert. Die Maschinen säßen in der Wand. Sie fühle, wie der Strom durch ihren Körper gehe, höre ein lautes Zischen. Nahrungsaufnahme gut.

5. August 1904 Status.

Mittelgroße Patientin von mittlerem Ernährungszustand. Knochenbau grazil. Gesichtsfarbe blaß. Sichtbare Schleimhäute mäßig gerötet. Reiches blondes Haar von gleichmäßiger Farbe. Schädel symmetrisch, ohne auffällige Prominenzen und Difformitäten, frei von Traumen und Narben, hyperbrachycephal. Umfang 54,0 cm, großer Querbogen 32,0 cm, kleiner Querbogen 25,0 cm, Längsbogen 31,0 cm, Querdurchmesser 15,0 cm, Längsdurchmesser 17,5 cm, Schädelindex 85,7 cm. Perkussion des Schädels nicht schmerzhaft. Kein Kopfschmerz. Ohrläppchen nicht angewachsen. Harter Gaumen sehr steil. Schneidezähne gekerbt. Austrittsstellen der sensiblen Nerven nicht druckempfindlich. Facialis beiderseits gleichmäßig innerviert. Keine Ptosis. Lidschluß prompt.

Pupillen gleich, rund, mittelweit. $\begin{matrix} \text{R. C)} \\ \text{R. L)} \end{matrix}$ +. Rachen-, Bauch-, Fußsohlenreflex vorhanden. Patellarreflex beiderseits deutlich abgeschwächt. Sensibilität und Motilität, soweit Prüfung möglich, ungestört. Muskel- und Gelenkgefühl erhalten. Herz, Lungen o. B. Abdomen nicht druckempfindlich. Keine Ovarie. Kein Globus. Leber, Milz nicht vergrößert. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

6. August 1904. Plötzlicher Umschwung im psychischen Verhalten. Patientin ist heute anscheinend ganz klar, zeigt völlige Krankheitseinsicht und erzählt ihre Lebensgeschichte in ganz zusammenhängender geordneter Weise. Auch eine Niederschrift derselben, sauber ausgeführt, trägt ganz den Charakter der Luzidität. Patientin gibt an, seit fünf Jahren, d. h. seit dem Tode ihrer Mutter krank zu sein. Bittet aufstehen und arbeiten zu dürfen.

10. August 1904. Arbeitet fleißig in der Nähstube, gibt freundlich Antwort auf jede Frage, reicht die Hand, fühlt sich subjektiv ganz gesund. Äußert Sehnsucht nach den Angehörigen. Über ihre Krankheit befragt, gibt sie an, daß sie schon öfter klare Zeiten gehabt habe, in denen sie ihren krankhaften Geisteszustand ziemlich richtig beurteilte. So klar wie diesmal habe sie sich jedoch noch nie gefühlt. Ihren Halluzinationen steht sie mit dem Gefühl gegenüber, daß es „krankhafte Täuschungen" gewesen seien. Sie seien aber sehr deutlich gewesen. „Aber so was gibt es doch nicht, Herr Dr., das kommt doch nicht vor!" (Die letzten Worte klingen leise mißtrauisch.)

Eine mit der Kranken vorgenommene genaue Intelligenzprüfung ergibt einen in keiner Richtung vom Normalen ab-

Digitized by Google

weichenden Befund. Patientin steht ganz auf dem Standpunkte, der ihrer Herkunft, ihrem Stande, ihrem Alter und ihrer Bildung konform ist. Ihre Handarbeiten in der Nähstube sind akkurat und brauchbar. In Kleidung und Gewohnheiten hält sie sich sauber, verkehrt freundlich mit den anderen Kranken.

13. August 1904. Die Periode setzt ein. Verhalten unverändert.

16. August 1904. Heute früh, 6 Uhr, plötzlicher radikaler Umschlag. Ist hochgradig erregt, läuft mit dem Kopf gegen die Wand. Behauptet, sich vor Heimweh töten zu müssen, wenn sie nicht hier fort käme. Schreit laut und schlägt bei Beruhigungsversuchen um sich. Isoliert. Im Einzelzimmer schnelle Beruhigung. Äußert mehrfach: „Ich sehe ja alles grün!"

17. August 1904. Unverändert. Schreit und singt religiöse Lieder. Liegt dann wieder ganz regungslos mit zur Decke gewandten Augen da. Seit drei Tagen verstopft. Laxans. Menses vorbei.

25. August 1904. Psychisch unverändert. Seit Einsetzen der Attacke sind regelmäßig täglich drei akuter einsetzender Verwirrtheits- und Erregungszustände zu beobachten, die sich stets in gleicher Weise auf den Tag verteilen, nämlich auf morgen ca. 9 Uhr, mittags ca. 1 Uhr, abends ca. 7 Uhr (also etwa eine Stunde nach den Mahlzeiten!). Vor diesen Paroxysmen sieht sie meist doppelt, die Gestalten der Wärterinnen erscheinen ihr verzerrt, von der Zimmerdecke tröpfelt Blut, und im eigenen Körper treten die auch sonst vorhandenen abnormen Sensationen verstärkt hervor: ihre Nase verlängert sich, ihre Finger bekommen andere Gestalt u. dgl. m.

Die „Anfälle" beginnen so, daß Patientin sich plötzlich im Bette aufrichtet und stier nach links oder nach der Decke sieht, offenbar von Halluzinationen gefesselt. Dann beginnt sie, einer Befehlshalluzination folgend, in ganz manierter Weise gellend zu singen, meist religiöse Lieder. („Jesus, meine Zuversicht!" — „Jerusalem, Jerusalem!") Während dem gerät sie immer mehr in einen hochgradigen Angstzustand hinein. Schlägt und tritt schließlich, immer singend, wild um sich. Sie kämpft, wie aus abgerissenen Sätzen hervorgeht, mit einem imaginären Mann, der sie vergewaltigen will.[1]) Während der Anfälle macht sie heftige Bewegungen, um den halluzinierten Angreifer zu erwürgen, beißt in die Decke mit deutlicher Befriedigung und ruft dazwischen ihren Bruder Willi um Hilfe an. Nach diesen Attacken verfällt sie bisweilen in Schlaf, aus dem sie dann erwacht, ohne, wie sie sagt, etwas von dem Vorgefallenen zu wissen.

Sowohl vor als nach den Paroxysmen sieht sie alles grün, Zimmer, Personen, Bettdecke, die weißen Mäntel der Ärzte, ihre eigenen (sehr weißen) Hände usw.

[1]) Wie sie im luziden Intervall erzählte, ist früher in der Tat ein solches Attentat seitens eines 16jährigen Vetters auf sie gemacht worden. Es soll aber beim Versuch geblieben sein. Die Angehörigen wissen von der Sache nichts.

Digitized by Google

1. September 1904. Die regelmäßigen Anfälle, die 14 Tage gedauert, bleiben aus. Alle übrigen Erscheinungen dauern an. Auch das Grünsehen. „Ach, das ist ja ein so häßliches Grün!" sagt Patientin mit merkbarem Abscheu. Ab und zu treten unangenehme Geruchshalluzinationen auf.

2. September 1904. Schreibt an ihren Bruder einen Brief, in dem sie ihn als „Pflegebruder" bezeichnet und heftige Beschuldigungen auf ihren Vormund häuft. Über ihre eigene Herkunft macht sie geheimnisvolle Andeutungen und spricht von ihrem baldigen Tode. „Es wird wohl der letzte Brief sein. Entschuldige, bitte, meine schlechte Schrift; es ist mir so grün vor den Augen!" Der Brief ist ziemlich nachlässig und unsauber in in der Form.

3. September 1904. Gegen den Arzt jetzt ganz abweisend, antwortet nicht, wendet sich ab; doch läßt sie eine Augenspiegeluntersuchung willig über sich ergehen. Augenbefund völlig normal. Gefäße der Retina nicht sehr stark mit Blut gefüllt. Patientin macht überhaupt einen ziemlich anämischen Eindruck. Schlaf und Appetit vortrefflich. Gewicht ziemlich stationär.

4. September 1904. Warnungsbrief an den Direktor. Sie werde 28. Dezember sterben, und zwar entweder eines natürlichen Todes oder durch Selbstmord. Ist freundlich und fügsam.

8. September 1904. Seit zwei Tagen menses. Heute Abend ein kurzer Erregungszustand, ähnlich den früheren, doch nicht so schwer. Singt religiöse Lieder, Angstaffekt, wirft sich im Bett hin und her. Isoliert.

9. September 1904. Wieder ganz ruhig. Spricht freundlich. („Wie gehts Ihnen?") „Das wissen Sie ja doch besser!" Sieht noch immer alles grün; auch des nachts, sobald sie die Augen öffnet. Eine Prüfung des Farbensinnes ergibt ganz normale Verhältnisse. Auch ist, nach eingezogener Erkundigung, in der Familie nie ein Fall von Farbenblindheit und dergl. vorgekommen. Das Grünsehen ist doppelseitig, sistiert bei geschlossenen Augen und wird durch Druck auf die Bulbi nicht ausgelöst. Die Pupillen sind in der Regel, auch bei Tageslicht, sehr weit, beiderseits gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall. Leichte Myopie.

10. September 1904. Das Grünsehen ist nach fast vierwöchiger Dauer verschwunden.

Bei der kritischen Betrachtung des vorgetragenen Falles ergibt sich zunächst, daß die Diagnose einige Schwierigkeiten bietet. Die spezielle Art der durchaus im Vordergrund stehenden Sinnestäuschungen, der unvermittelte Zustandswechsel, die eigentümlichen wohl als katatonisch zu bezeichnenden Stuporzustände und der sexuell gefärbte, oft ans hysterische erinnernde Krankheitstypus sind ganz geeignet, zur Diagnose: Dementia praecox im *Krae-*

Digitized by Google

*pelin*schen Sinne zu führen. Dafür sprechen auch die weitgehenden Remissionen aller Krankheitszeichen, die fast den Eindruck völlig luzider Intervalle machen.

Wenn wir jedoch dem gegenüberhalten, daß *Kraepelin* seiner Dementia praecox die außerordentlich schnelle Entwickelung eines ausgesprochenen Schwachsinns supponiert, — er nennt als längste Frist einige Jahre! — so ergibt sich die Möglichkeit auch einer anderen Auffassung des Falles. Das Leiden der Patientin ist seit 5 Jahren manifest, es hat in der Pubertät begonnen, weist deutliche Remissionen auf und ist in seinen Höhepunkten unverkennbar von der — stets ziemlich spärlichen — Menstruation beeinflußt. Immer wiederkehrende Wahnideen, durch die massenhaften Sinnestäuschungen sekundär hervorgerufen, sind zwar nachweisbar, doch handelt es sich weniger um ein System, das sich auf logische Gründe stützt, als vielmehr um wirre Vorstellungen persekutorischer Art, welche zahlreiche Intensitätsschwankungen aufweisen und in den periodischen Höhepunkten der Affektion gegenüber den von hochgradigem Affekt begleiteten Halluzinationen ganz zurücktreten. Die letzteren dokumentieren sich als die Höhepunkte einer Alterationswelle, welche rythmische Schwankungen zeigt und nie ganz zur Ruhe kommt.

Ich möchte nach alledem mit einer endgültigen Diagnose zurückhalten und nur aussprechen, daß es sich entweder um eine Dementia praecox mit atypisch langsam eintretender Verblödung handelt, oder um eine chronische Paranoia, welche die Intelligenz im großen Ganzen intakt läßt[1]). Das erstere erscheint mir nach dem ganzen Verlauf allerdings wahrscheinlicher.

Den oben angeführten und besprochenen Fällen reiht sich der letzte zwanglos an. Es ist ja eine erwiesene Tatsache, daß der physiologische Vorgang der Menstruation von gewaltigen Blutdruckschwankungen, von mächtigen Umwälzungen in der lokalen Blutverteilung begleitet ist. Der Beginn des Leidens in der Pubertät und seine periodischen Steigerungen während der Menstruation lassen einen Zusammen-

[1]) Die Entmündigung der Patientin wurde seinerzeit auf Grund von Paranoia chron. eingeleitet.

Digitized by Google

hang zwischen diesen Gefäßerscheinungen und der Psychose naheliegend erscheinen.

Dogiel hat nachgewiesen, daß von allen Farben der Einfluß der grünen Farbe auf die Blutzirkulation am deutlichsten ist, und zwar sind die Gefäße der Retina bei Beleuchtung mit grünem und gelbem Licht bedeutend schmaler, d. h. anämischer als bei Beleuchtung mit andersfarbigen Strahlen.

Da nun diese lokale Gefäßverengerung bei Beleuchtung mit grünen Strahlen nachgewiesen ist, so ist vielleicht der umgekehrte Wahrscheinlichkeitsschluß gestattet oder wenigstens in Erwägung zu ziehen, daß die subjektive elementare Farbenempfindung „grün" in der Regel mit Gefäßverengerung der Retina verbunden, möglicherweise von ihr abhängig ist.

Die neuerdings so vielfach vertretene Auffassung von der Dementia praecox als einer Auto-Intoxikationspsychose erleidet dadurch m. E. keinerlei Abbruch. Das im Blut kreisende hypothetische Gift mag vielmehr das primum movens oder zum mindesten stark beteiligt an der ganzen Affektion sein. Hierauf näher einzugehen, liegt jedoch nicht im Rahmen dieser Arbeit.

Zum Schluß spreche ich für Überlassung des Falles meinem Chef Herrn Direktor Dr. *Dahelstein*, für manchen Wink bei Aufsuchung des Materials Herrn Oberarzt Dr. *Zappe* meinen verbindlichen Dank aus.

Literatur.

a) Benutzte größere Werke und Abhandlungen.

1. *Binswanger, O.*, Die Epilepsie.
2. *Gowers, W. R.*, Handbuch der Nervenkrankheiten, 3. Bd.
3. *Griesinger*, Lehrbuch der Psychiatrie.
4. *Kraepelin, E.*, Lehrbuch der Psychiatrie.
5. v. *Krafft-Ebing*, Frhr., Psychiatrie.
6. *Landois*, Lehrbuch der Physiologie.
7. *Lewin, L.*, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel.
8. *Lewin, L.*, Lehrbuch der Toxikologie.
9. *Parish, E.*, Über die Trugwahrnehmung.
10. *Schweigger, C.*, Handbuch der Augenheilkunde.

Digitized by Google

11. *Strümpell, A.*, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.
12. *Ziehen*, Psychiatrie.

b) Benutzte kleinere Arbeiten.

13. *Dodd*, Green vision in a case of tabes dorsalis. Brit. med. Journ. 1899, No. 94.
14. *Dogiel*, Über den Einfluß der Musik und der Farben auf das Nervensystem der Menschen und der Tiere. Medycyna. No. 9—10.
15. *Finkelstein, Leo*, Über optische Phänomene bei elektrischer Reizung des Sehapparates, Arch. f. Psychiatrie, 1894. Bd. 28.
16. *Havelock, Ellis*, A note on the phenomena of mescal intoxication. Lancet, 1897.
17. *Hilbert*, Ein Fall von Xanthopsie nach Schußverletzung in der Nasengegend. Arch. f. Augenheilk., XV. 1885.
18. *Hilbert*, Zur Kenntnis der Kyanopsie, Arch. f. Augenheilk., XXIV. 1890.
19. *Hilbert*, Farbensehen als Influenzafolge. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, Mai 1898.
20. *Kaplan*, Über die Bedeutung des Kopftraumas. Vortrag im Psychiatr. Verein — Berlin, 18. März 1899.
21. *Ladame*, Erythrophie bei der allgem. Paralyse. Vortrag. Melun 1891. Referat im Neurolog. Zentralblatt No. 12 (1891).
22. *Levi*, Über das Sehen farbiger Flecken im Gesichtsfeld. Ophthalmolog. Klinik, No. 18.
23. *Lewin, L.*, Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmakol., 1888, Bd. 24 und 1894, Bd. 34. (Anhalonium Lewinii.)
24. *Liepmann, H.*, Über die Delirien der Alkoholisten und über künstlich bei ihnen hervorgerufene Visionen. Arch. f. Psychiatrie, 1895, Bd. 27.
25. *Prentiss* and *Morgan*, Über Anhalonium (Lewinii), New-York med. Rec. 1896.

Digitized by Google

Welche Einrichtungen erfordert bei dem heutigen Stande unserer therapeutischen Bestrebungen die Irrenanstalt?

Von

Dr. **Würth,** Oberarzt an der Landesirrenanstalt Hofheim.

Im Laufe des letzten Jahrzehnts sind durch die allgemeinere Einführung der Bettbehandlung, der prolongierten Bäder und im Zusammenhang damit die Einschränkung der Isolierung in unserem therapeutischen Handeln so wesentliche Änderungen eingetreten, daß es meines Erachtens wünschenswert erscheint, die bisherigen Requisiten der Irrenanstalt auf ihren Wert zu prüfen und festzustellen, inwieweit dieselben entbehrlich sind oder den veränderten Verhältnissen angepaßt werden können. Ehe ich auf Einzelheiten eingehe, möchte ich vorausschicken, daß der Angelpunkt aller dahin zielenden Bestrebungen darin liegen muß, die Irrenanstalt in all ihren Einrichtungen dem Krankenhaus, sowohl hinsichtlich äußerer wie innerer Einrichtungen ähnlich zu gestalten. Diese Bestrebungen sind meines Erachtens von viel weittragender Bedeutung, als es auf den ersten Blick scheinen möchte. Ich glaube, daß die Gestaltung des Inneren und Äußeren der Anstaltsbauten für die Kranken und insbesondere für die Außenwelt eine viel lebendigere Sprache redet über unsere humanen Bestrebungen und Fortschritte in der Behandlung der Geisteskranken als die vielfachen Bemühungen, durch Wort und Schrift das Volk über Geisteskrankheiten und Geisteskranke aufzuklären.

Je mehr daher die Irrenanstalt innerlich und äußerlich ein Krankenhaus ist, wie jedes andere auch mit wenigen besonderen Einrichtungen, die der Spezialität der vorkommenden Erkrankungen

Digitized by Google

entspricht, um so eher wird endlich das alte Vorurteil gegen die Irrenanstalten weichen und, wie ich hoffe, rascher weichen, denn wir können dann unsere Anstalten so zugänglich machen, daß wir, ohne befürchten zu müssen, vorhandene Vorurteile noch zu verstärken, das Publikum durch den Augenschein von den veränderten Verhältnissen sich überzeugen lassen können. Man kann freilich einwenden, daß es weniger auf die Vorurteile des Publikums ankommt, als auf das Wohl der uns anvertrauten Kranken. Dies muß selbstverständlich immer unser höchstes Ziel sein, es ist nur die Frage, ob dies nicht Hand in Hand gehen kann. Schließlich ist jeder der zu uns kommenden Kranken, bevor er in die Anstalt kam, Publikum mit mehr oder weniger Vorurteilen gewesen, wünschenswert wäre es jedenfalls oft, wenn die zu uns kommenden aufnahmebedürftigen Kranken weniger Vorurteile in sich aufgenommen hätten. Ich möchte daher sagen, die Anstalt verliert ihre Schrecken, wenn wir unser Bestreben darauf richten, in ihr alles, was an Gefängnis, an Detention erinnert, zu beseitigen suchen, soweit dies nach unseren heutigen Erfahrungen zulässig ist. Über die Grenze des Zulässigen gehen zum Teil unsere Ansichten noch weit auseinander, ich werde später noch einmal darauf zurückkommen.

Ich habe bei der von mir zur Beantwortung gestellten Frage schlechthin von Einrichtungen gesprochen, welche die Irrenanstalt von heutzutage erfordere. Um Mißverständnissen vorzubeugen, erübrigt es mir kurz zu präzisieren, was ich unter Irrenanstalt im allgemeinen und besonderen verstehe. Ich würde mich auf ein Gebiet begeben, auf welchem ich über eigene Erfahrungen nicht verfügte, wenn ich von Privatanstalten oder Irrenkliniken spräche; ich denke vielmehr nur an öffentliche, dem Geist moderner Psychiatrie entsprechende Anstalten, an die gemischte Heil- und Pflegeanstalt. Ich glaube, ich werde keinem Widerspruch begegnen, wenn ich feststelle, daß die im Jahre 1868 auf der Naturforscherversammlung zu Dresden von dem dort tagenden Verein deutscher Irrenärzte einstimmig angenommene These, daß der Neubau einer Irrenanstalt sowohl die akuten wie die chronischen Formen der psychischen Krankheiten umfassen und den Charakter einer sogenannten gemischten Anstalt bewahren solle,

Digitized by Google

auch heute von der Allgemeinheit der deutschen Irrenärzte anerkannt wird. Die Diskussion über die Trennung der heilbaren und unheilbaren Kranken in gesonderten Anstalten hat bis auf wenige Ausnahmen in der letzten Zeit geruht, doch spricht die Tatsache, daß in dem letzten Jahrzehnt keine neuen Pflegeanstalten mehr gebaut wurden, dafür, daß man nunmehr endgültig von dieser unfruchtbaren und undurchführbaren Trennung abgekommen ist. Auffallend ist, daß trotz der so weite Jahre zurückliegenden Beschlüsse des Vereins deutscher Irrenärzte die Ausführung so lange auf sich warten ließ, trotzdem eigentlich nur ein namhafter Psychiater der früheren Zeit, *Griesinger*, die Trennung der Anstalten für akute und für chronische Krankheiten verlangte, beziehungsweise Anstalten für vorübergehenden und langen Aufenthalt, trotzdem eine neue Befürwortung der getrennten Heilanstalten und Pflegeanstalten von seiten *Meschedes* auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg 1884 einem einstimmigen Widerspruch der Versammlung begegnete. Die *Griesinger*schen Forderungen, die seinerzeit in Fachkreisen einen außerordentlich heftigen Widerspruch erfuhren (man vergleiche *Lähr*s Streitschrift „Fortschritt, Rückschritt?"), sind heutzutage durch das Verlangen nach der Gründung von städtischen Irrenasylen wieder mehr in den Blickpunkt psychiatrischer Beachtung gerückt, aber auch heute bestehen hiergegen wie gegen die *Griesinger*schen Ansichten noch dieselben Gegengründe, wie sie damals schon von dem damaligen Referenten *Lähr* angeführt wurden: „weder die Heil- noch Unheilbarkeit, weder der akute noch chronische Verlauf bietet genügend sichere Zeichen, um darauf eine Trennung zu gründen. Die gesundheitgemäßen Bedingungen und die durch die Bautechnik zu erreichenden psychischen Heilmittel müsse das eine Krankenhaus wie das andere darbieten, finanzielle und administrative Schwierigkeiten würden durch diese Trennung nicht vermindert". Schließlich kommt noch hinzu, daß eine reinliche Scheidung von Heil- und Unheilbaren nicht allein undurchführbar, sondern auch schädlich ist: es sei bei dieser Gelegenheit an die Äußerung von *Dick. Klingenmünster* erinnert, der in Karlsruhe bei einer Diskussion über das gleiche Thema bemerkte, wenn man die Unheilbaren in der Anstalt nicht hätte, müßte man sie erfinden.

Digitized by Google

Wenn ich nunmehr zu einer Besprechung der durch unsere heutigen therapeutischen Bestrebungen nötige Einrichtungen übergehe, so muß ich von allem die Bettbehandlung an die erste Stelle setzen, und zwar schon deshalb, weil sie es ist, die das äußere Gepräge, die inneren Einrichtungen am meisten verändert und am meisten dazu beigetragen hat, der Irrenanstalt den Charakter des Krankenhauses zu verleihen. Alle Versuche, das Publikum zu belehren, daß unsere Irren Kranke sind und die Irrenanstalt ein Krankenhaus, mußten scheitern, solange es beim Durchgang die mit besonderen Vorrichtungen versehenen Tobabteilungen sah, wo die chronisch erregten, oft aber auch akut Kranken herumliefen, herumhockten und ihrem Bewegungsdrang durch gewalttätige Angriffe auf ihre Mitkranken, Personal und Ärzte oder durch Zerstörung ihrer Kleider und Entkleidungsversuche Luft machten; alle besonderen Vorrichtungen solcher Tobabteilungen waren nur geeignet, dem Publikum die Furcht vor den Geisteskranken zu verstärken, und die durch derartige Einrichtungen hervorgerufene Verallgemeinerung der Gefährlichkeit aller Geisteskranken trug nur dazu bei, die Vorurteile gegen den Genesenen zu vermehren und seine Isolierung bei der Suche nach Erwerb zu befördern. Wenn wir daher heute so weit sind, sagen zu können: fort mit den Tobabteilungen, fort mit den Tobhöfen, wir versuchen die Symptome der Tobsucht zu behandeln, indem wir die Kranken sozialer, ungefährlicher, harmloser machen, dann verdanken wir dies in erster Linie der Bettbehandlung. Tobabteilungen gehören, wenn ich mangels einer so umfassenden Erfahrung *Pätz* in seiner schon im Jahre 1893 erschienenen Arbeit über Kolonisierung der Geisteskranken zitieren darf, glücklicherweise in Deutschland zu den selteneren Erscheinungen. *Siemerling* hat in schottischen Anstalten überhaupt keine gesehen. *Pätz* fügt hinzu: Ihre Beibehaltung und Neueinrichtung ist nirgends zu rechtfertigen, denn da, wo Überfüllung zur Vermehrung der unruhigen Kranken führt, ist durch entsprechende Abhilfe die indicatio causalis zu erfüllen und nicht durch verkehrte, symptomatische Behandlung, d. h. durch Einsperrung und Unschädlichmachung der aufgeregten aus einem akuten Krankheitssympton ein chronisches Leiden zu machen. Tob- und Isolierabteilungen

Digitized by Google

erklären das Toben und Isolieren in Permanenz, und *L. Meyer* äußerte bereits 1877, die Unterbringung störender Kranker in besondere Räume für Unruhige, Tobsüchtige führe dahin, sie der Zahl nach in Permanenz zu erklären und das Wartepersonal so gut wie von jeder Verantwortung für den Zustand dieser Kranken zu entbinden.

Obwohl die Durchführung der Bettbehandlung an und für sich keine besonderen Anforderungen in baulicher Beziehung stellt, beispielsweise vor einigen Jahren in der hiesigen bis zum Unerträglichen überfüllten Frauenabteilung ohne Schwierigkeit und ohne jede bauliche Änderung durchgeführt werden konnte, in unseren Neubauten, die für diese Behandlungsart keine ausreichenden Einrichtungen vorgesehen hatten, mit ganz geringen baulichen Änderungen ebenfalls eingerichtet wurde, so muß der Einfluß einer so wichtigen therapeutischen Maßnahme für die Neuanlage von Anstalten gewisse erhebliche Modifikationen bezüglich der Zahl, Größe und innere Ausgestaltung diesem Zwecke dienender Krankenräume im Gefolge haben. Die erfolgreiche Durchführung der Bettbehandlung erfordert für die unruhigen Elemente die Möglichkeit der Variation der einzelnen Räume, sowohl was Größe derselben wie auch Zahl und Krankheitsform der sie bewohnenden Kranken anlangt. Je mehr die Möglichkeit vorhanden ist, die unruhigen Elemente in den einzelnen Abteilungen geschickt und ohne große Schwierigkeit zu verteilen, um so mehr werden diese Säle, Zimmer und Zimmerchen ohne den reichlichen Gebrauch von Narcoticis die Erinnerung an die früheren Tob- und Unruhigen-Abteilungen erwecken. Wenn es sich daher um Errichtung von Pavillons für der Bettbehandlung bedürftige Kranke handelt — und nach den heutigen Anschauungen ist wohl das Pavillonsystem bei einem Neubau mittelgroßer Anstalten das Zweckmäßigste —, so wird es immerhin angebracht sein, denselben so groß anzulegen, daß mehrere größere und kleinere Räume vorhanden sind, damit Verlegung aus einem Raum in einen anderen ohne große Schwierigkeit möglich ist. Es ist natürlich, daß die Einrichtung derartiger Bettsäle und -zimmer eine ganz andere Ausgestaltung mit Mobiliar und Komfort ermöglicht. Es ist bis auf eine ganz verschwindende Minderzahl von Kranken

Digitized by Google

durchführbar, solche Räume durch Bilder, Vorhänge, Blumen behaglich und wohnlich zu machen. Jedem Psychiater, der noch die alten Abteilungen miterlebt hat, geht es ähnlich wie dem Publikum bei den Geisteskranken überhaupt, man traut den alten unruhigen Zerstörern nichts Gutes zu, und doch kommt es nur auf einen beharrlichen Versuch an, der sich durch die ersten gelegentlichen Mißerfolge nicht abschrecken läßt. Eine weitere Frage bleibt die Überwachung der in Bettbehandlung Befindlichen. Wenn man nach *Neisser* in einer gemischten Heil- und Pflegeanstalt mit einer nicht zu hohen Aufnahmeziffer den Satz der der Bettbehandlung bedürftigen Kranken auf 60% veranschlagt und das deckt sich mit meiner Erfahrung, und hiervon noch 15% für überwachungsbedürftige Bettlägerige abzieht, so ergibt sich ein Satz von 45% bettlägerigen Kranken, von diesen bedarf meines Erachtens ein Teil weder am Tag noch in der Nacht ständiger Überwachung; für die Nacht halte ich es für wünschenswert, wenn das Wartepersonal in denselben Räumen oder wenigstens in erreichbarer Nähe schläft. Es bildet dadurch aus egoistischen Gründen dem Arzt gegenüber den Indikator für den allen Kranken zu gewährenden Schutz vor Lärm und Störung durch ihre Mitkranken; in zweiter Linie Schutz gegen nicht vorauszusehende Angriffe eines einzelnen. Bei einer derartigen Einrichtung läßt sich ohne Vermehrung von Personal selbst bei der Schaffung einer größeren Zahl kleinerer Räume eine Überwachung ohne Schaden für die Kranken durchführen. Wir haben hier Personal im Verhältnis von 1 : 8, die Durchführung der Bettbehandlung ist uns bisher ohne Schwierigkeit gelungen. Allerdings sind unsere Krankensäle überlegt: bei normaler Belegzahl und dementsprechend verringertem Personal wird die Durchführung vielleicht doch Schwierigkeiten machen, wenn wir, wie seither der Fall, die überwiegende Anzahl der Bettabteilungen am Tag dauernd mit einer Saalwache besetzen wollten. Ich komme nun zu einem Einwand, der von den Gegnern, oder, besser gesagt, den lauen Anhängern der Bettbehandlung gemacht, daß sie für eine Anzahl von Kranken geradezu schädlich sei, daß sie die Disposition zur Tuberkulose steigere, ferner daß es grausam sei, unsoziale Paranoische dieser Behandlung auszusetzen. Wer die früheren Tob-

Digitized by Google

abteilungen mit den zahlreichen auf dem Boden, unter den Bänken herumhockenden, schmierenden, Unrat aufleckenden Kranken gekannt hat, den von den herumspringenden und stampfenden Kranken aufgewirbelten Staub selbst eingeatmet hat, wird wohl bei dem Anblick der Bettabteilungen die Tuberkulosegefahr nicht höher veranschlagen. Tatsache ist jedenfalls, daß das Körpergewicht bei der Mehrzahl der Kranken nicht ungünstig verändert wird, wie ich dies auf unserer Frauenabteilung einwandsfrei nachweisen konnte.

Bezüglich der unsozialen Paranoischen stehe ich auf dem Standpunkte, daß es besser ist, wenn das Einzelindividuum leidet, als seine Umgebung, vorausgesetzt, daß es absolut nicht zu ändern ist. Beim Widerstreit der Interessen in dem Mikrokosmos der Anstalt muß der Irrenarzt auf der Seite der Majorität stehen. Im übrigen ist diese Frage meist nicht sehr aktuell, die Zahl der Paranoischen, wenn man die reinen Formen nur ins Auge faßt, ist eine sehr geringe und bei diesen kommt die Bettbehandlung nur in seltenen Fällen in Betracht.

Eine weitere Frage bei der strengen Durchführung der Bettbehandlung ist die Regelung des Gartenbesuchs. Es ist selbstverständlich, daß unter Gärten heutzutage nur noch wirkliche gärtnerische Anlagen für die Irrenanstalt in Betracht kommen können. Wenn es möglich ist, auf den einzelnen Bettabteilungen mit geringen Ausnahmen Blumen zu halten, und das ist möglich, so ist es auch zu erreichen, gärtnerische Anlagen für diese Kranken zu schaffen, und dies ist auch möglich, wie die Erfahrung gelehrt hat. Für den Besuch des Gartens gelten für mich die gleichen Prinzipien, wie sie *Neisser* für die Bettbehandlung als Anstaltsregime formuliert, d. h. alle Elemente, deren Haltung und äußeres Benehmen ungeordnet, erregt oder überhaupt auffällig ist, mögen sie melancholisch, maniakalisch, halluzinatorisch verwirrt, Paranoiker, Epileptiker, Paralytiker oder einfach Demente sein, kommen nicht zum gemeinschaftlichen Gartenbesuch. Ebenso wie in den Krankensälen sollen auch die von den Anstaltsinsassen besuchten Gärten in Aussehen, Ton und Geist den übrigen Krankenhäusern angenähert werden. Selbstverständlich muß andererseits auch für jene unsozialen Kranken in irgend

Digitized by Google

einer Form das Recht auf einen Platz in der Sonne, das Recht auf frische Luft und Licht gewahrt werden, dies hat aber in anderer Form zu geschehen: entweder daß dieselben einzeln unter besonderer Beaufsichtigung in den Garten geführt werden oder, wenn auch das nicht gelingt, in Form einer Kombination der Bett- und Freiluftbehandlung — auch *Pütz* berichtet in seinem schon zitierten Buche über Kolonisierung von einer ähnlichen Einrichtung in Alt-Scherbitz —, wie ich dies auf die Anregung *Alters* in Leubus seit Anfang vorigen Jahres bei einer großen Anzahl von chronisch unsozialen, andererseits aber auch bei allen Formen der frisch Erkrankten als Abwechselung gegen die Einförmigkeit der Bett- und Wachsaalbehandlung anwende. Notwendig hierzu ist allerdings eine besondere überdachte, heizbare Halle, die bei uns durch Blumenarrangements, Vogelhecke möglichst freundlich ausgestattet ist. Im Winter liegen die Kranken zu 10—12. in Decken eingeschlagen, auf Liegestühlen nach Falkensteiner Muster bei offener Verandatür in der durch Dampfheizung geheizten Halle, im Sommer an einem von der Sonne nur teilweise erreichbaren freien Platze vor der Halle. Die Einrichtung hat sich bei mir im Sommer wie im Winter bewährt, von Rekonvaleszenten hörte ich anerkennendes Lob über diese Einrichtung, weil sie sich an die im Volksbewußtsein so tief wurzelnden Anschauungen von der Heilung der Krankheitsstoffe durch Luft und Licht so eng anlehnt.

Ähnlich wie die therapeutische Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken, die von *Conolly* bei Maniakalischen, von *Guislain*, *L. Meyer* für die Behandlung der Melancholischen schon vor langen Jahren empfohlen, von *Scholz* in Bremen bei akut Erkrankten und chronisch Aufgeregten erstmals Ende der 70 Jahre systematisch durchgeführt wurde, erst durch die entschiedene Propaganda *Neissers*, der für sie das Schlagwort „Bettbehandlung" prägte, eine allgemeine Beachtung und Durchführung erlangte, ist auch die Anwendung der prolongierten Bäder in den letzten Jahren, soweit ich beurteilen kann, durch *Kraepelins* entschiedene Empfehlungen eine allgemeine geworden. Ihre Anwendung ist mindestens ebensolange bekannt wie die Bettbehandlung. Von *Pinel* 1844 schon empfohlen, führte *Brierre* 1847 warme Dauer-

Digitized by Google

bäder bei Erregungszuständen an, von *Laehr* wurde die gute Wirkung prolongierter warmer Bäder bei Erregungszuständen in zwei Mitteilungen im Psychiatrischen Verein zu Berlin 1875 und 1876 gerühmt, von *Scholz* in Bremen wurde sie wiederum in größerem Umfang und systematisch, nachdem er die Isolierung Geisteskranker aufgegeben (1876) hatte, durchgeführt. Inwieweit die Einführung der permanenten Bäder durch die Empfehlungen von *Ries* (Friedrichshain) bei Typhus, von *Sonnenburg* und *Reinhard* bei Dekubitus auch in psychiatrischen Kreisen wieder Anstoß gaben, ist wohl schwer zu entscheiden.

Jedenfalls hat die Behandlung mit Dauerbädern in der letzten Zeit wohl im Zusammenhang mit den Bestrebungen, die Isolierungen zu vermeiden, beziehungsweise einzuschränken, eine weitgehende Verbreitung erlangt. Das Dauerbad gehört nach den bisherigen Erfahrungen ebenso zu den unentbehrlichen Requisiten psychiatrischer Behandlung wie der Wachsaal. Wer die Isolierung absolut und dauernd vermeiden will, braucht das Dauerbad und zwar am Tag und in der Nacht. Über die Einrichtung der Dauerbäder, Größe derselben, Dauer, bestehen offenbar noch große Verschiedenheiten, zum Teil dadurch, daß die Neueinrichtungen in den bisherigen Anstalten einfach durch Adaptierung einzelner Badezimmer erfolgte. Die Durchführung auch des Nachts hängt mehr oder weniger von den lokalen Verhältnissen, der Leichtigkeit, mit der warmes Wasser auch in der Nacht beschafft werden kann, ab. Nach meinen Erfahrungen erscheint der Wert der Dauerbäder als gesichert, die Durchführung der zellenlosen Behandlung, die ich seit einem Jahre auf meiner 350 Köpfe starken Abteilung eingeführt habe, nur mit ihrer Hilfe möglich. Es gibt immer gewisse Erregungszustände, bei denen die Bettbehandlung und Narcotica versagen, bei denen die Separierung unmöglich und die Behandlung im Wachsaal zur Rücksichtslosigkeit wird. Hier bleibt nur das Dauerbad, allerdings unter Umständen, wie ich hinzufügen will, das Dauerbad mit Leinwandüberzug. Es bleibt dann eine derartige Maßregel immerhin ein Zwangsmittel, aber ein Zwangsmittel zugleich mit dem Versuch therapeutischer Einwirkung und mit Überwachung. Auf das letztere lege ich den Nachdruck. Wer den trostlosen Anblick verschmierter, mit zer-

Digitized by Google

zaustem Stroh und zerrissenen Kleidern und Strohsackfetzen bedeckter Zellen kennt, wird den gewiß nicht sehr schönen Anblick der mit Leinwandüberzug im Bad sitzenden Kranken eher ertragen. Von nicht unterschätzenswerter Bedeutung war für mich die Einführung der Dauerbäder auch in der Nacht, erst von diesem Augenblick an war es mir bei dem mir zur Verfügung stehenden schwierigen Krankenmaterial möglich, die Isolierung ganz zu entbehren. Ich komme nun zu einem Punkt, der bisher bei der Einrichtung der Bäder nicht genügend beachtet wird, ich meine die Form der Wannen. Die Dauerbäder, die auch des Nachts fortgeführt werden, bedeuten für den durch diese Anordnung betroffenen Kranken, daß sein Wohn- und Schlafraum durch die Wanne dargestellt wird. Dadurch erwächst für uns Ärzte andrerseits auch die Pflicht, so weit irgend möglich diesen Raum behaglich einzurichten, vor allem dafür zu sorgen, daß er bequem schlafen kann. Die Betrachtung der Form unserer Badewannen mit ihren stumpf- oder gar rechtwinklig ansteigenden Wänden ergibt ohne weiteres, daß das nur ein Notbehelf sein kann, daß eine zu Dauerbädern benutzte Wanne eine dem speziellen Zweck angepaßte andere Form haben muß, d. h. daß der Boden eine wellige Biegung haben muß, wie ein Falkensteiner Liegestuhl, so daß der Kranke bequem ausgestreckt ruhen, lesen, essen und schlafen kann. Da mir für die Anschaffung einer solchen Form Kredite nicht zur Verfügung standen, ein Ausprobieren der bequemsten Formen wünschenswert erschien, wurde auf Vorschlag unseres Betriebsinspektors eine Zementform in unsere bisherigen Kupferwannen hineingebaut: ich bin bis jetzt damit zufrieden. Soviel ist aber schon jetzt zu sagen, daß verschiedene Größen, den Körpergrößen entsprechend, angefertigt werden müssen. Aus der Bedeutung, die das Dauerbad bei der Behandlung der Geisteskranken gewonnen hat, ergibt sich von selbst, daß für die Irrenanstalt unbedingt ein gesondertes Bad, das möglichst schalldicht gebaut, mit stark verglasten Fenstern versehen, zu fordern ist und nach meinen Erfahrungen auf 100 Kranke ca. 5 Bäder, jedenfalls ist es besser, einige Wannen zu viel als zu wenig zu besitzen; ferner halte ich es für wünschenswert, wenn die Größe der Anstalt es erlaubt, mindestens zwei derartige Räume für eine Abteilung zur Verfügung zu haben.

Digitized by Google

Ich komme nun zu einem weiteren Fortschritt, wie ich wohl sagen darf in der Behandlung der Geisteskranken, zur zellenlosen Behandlung.

Wer die Ereignisse der letzten Jahre verfolgt, wird zugeben, daß die Hoffnungen, die *Jolly* in seiner Eröffnungsrede auf der Versammlung deutscher Irrenärzte am Beginn des neuen Jahrhunderts auf sie setzte, bis jetzt weit von den damaligen Erwartungen übertroffen werden. So sehr die Bettbehandlung die Einschränkung der Isolierung bewirkte, die radikale Aufhebung bis auf rudimentäre Reste ist wohl zurückzuführen auf das Dauerbad. Wer das Dauerbad und die Bettbehandlung will, wird auch zur zellenlosen Behandlung kommen, mir ist es wenigstens so gegangen.

Die Zellen geben offene Einzelzimmer, ihre Einrichtungen werden so zu gestalten sein, daß die Sicherungsvorrichtungen möglichst cachiert werden und das Ganze einem einfachen Wohnraum gleicht. Bei Neubauten wird man im Gegensatze zu den Angaben *Kreusers* statt für 10% etwa noch für 1% des Krankenstands festere Einzelzimmer vorsehen lassen. Die zellenlose Behandlung spart, selbst wenn man die Einrichtung von Dauerbädern dagegen setzt, nach den Schätzungen unseres Betriebsinspektors beträgt das Plus an Einrichtungen einer Zelle gegenüber einem einfachen Einzelzimmer ca. 650 M., für unsere Anstalt hätte das eine Ersparnis bei der Erbauung von ca. 60000 Mark bedeutet. Wie ich schon andeutete, möchte ich auf 100 Kranken immer noch eine Zelle, bei Männerabteilungen, die verbrecherisch Geisteskranke aufnehmen, vielleicht noch etwas mehr. Ganz wie in Bremen möchte ich doch noch nicht die Brücken abbrechen, so wünschenswert für die Agitation ein radikaler Standpunkt ist, wie ihn *Wattenberg* vertritt, für die Ausführung und Nachahmung ist der Mittelweg, den *Merklin* in seinem ausgezeichneten Referat zu betreten vorschlägt, das Beste. Für wesentlich halte ich jedenfalls die Einrichtung von ein bis zwei an den Wachsaal angegliederten Zellen, die bald als offene Einzelzimmer, bald zu überwachter Isolierung verwendet werden können.

Die innere Ausgestaltung der Wachsäle ist meines Erachtens ein Punkt, der besonderer Fürsorge bedarf. Wir sollten dabei

Digitized by Google

bedenken, daß dieser Raum nicht allein hygienischen Anforderungen genügen darf; es ist der Ort, der für die frisch aufgenommenen Kranken für die erste Zeit Wohn- und Schlafraum sein soll, wo sie die ersten und am längsten haftenden Eindrücke von der Irrenanstalt in sich aufnehmen. Hier muß es nicht allein hell und luftig sein, hier müssen in den einzelnen Wachsälen abgestuft Einrichtungen sein, die denselben als besonderen Wohnraum kenntlich machen.

Die beste Ventilation, den geringsten Komfort bedarf der Wachsaal für unreine und sieche Kranke, der auch bezüglich seiner Größe die andern wesentlich übertreffen darf, weil ja hier die Wache durch die besondere Krankenkategorie nicht in dem Umfange herangezogen wird wie sonst. Hier kann eine Warteperson ohne Not 30 Kranke überwachen und zur Reinlichkeit anhalten. Dagegen ist ein bei dem Wachsaal anliegendes, gut ventilierbares Zimmer wünschenswert, in welchem für regelmäßig Stuhlunreine die nötigen Ausgießungen und Klystiere gegeben werden können, und zwar, wie ich im Interesse des Personals, das durch dieses gerade nicht appetitliche Geschäft am Tage nicht öfters in Anspruch genommen werden soll, fordern möchte, so eingerichtet, daß eine ganze Anzahl Ausgießungen neben- und nacheinander erfolgen können. Zu den notwendigen Requisiten eines derartigen Raumes gehört ein großer Irrigator mit Skala, an welcher die einlaufenden Wassermengen abgelesen werden können, ein Schrank, in welchem Gummiansatzstücke in desinfizierender Flüssigkeit, Glyzerin für die nötigen Klystiere u. a. aufbewahrt werden können, eine mit Wachstuch überzogene gepolsterte Pritsche, auf welche die Kranken zur Applikation der Ausgießung gelagert werden können. Der abschüssige, aus Terrazzo bestehende Fußboden enthalte zentral einen Ablauf, kurz, alle Einrichtungen seien so, daß der Raum nach seiner Benutzung weder Auge noch Nase an die vorausgegangenen Prozeduren erinnert. Ich bin mit einer derartigen Einrichtung recht zufrieden, 4 Pflegerinnen sind infolge der für den Massenbetrieb getroffenen handlichen Einrichtungen imstande, im Laufe einer Stunde ca. 20 Ausgießungen bei zum Teil widerstrebenden und unruhigen Kranken zu machen. Auch ich sehe wie *Pütz* in den Wassereinläufen das zuverlässigste und

Digitized by Google

dabei unschädlichste Mittel zur Beschränkung der Stuhlunreinlichkeit, ich kann nur bestätigen, daß Kotschmiererei dadurch nur auf vereinzelte Fälle beschränkt werden kann.

Besondere Einrichtungen erfordern heutzutage unsere Bestrebungen, durch Beschäftigung den Zustand unserer Kranken günstig zu beeinflussen. Den Bewegungsdrang Erregter in vernünftige Bahnen zu lenken, die Stumpfen und Apathischen durch unermüdliche Anleitung zu mechanischer Tätigkeit zu veranlassen, gehört nicht zu den letzten Aufgaben des Irrenarztes. So mannigfach die Arbeitsmöglichkeiten sind, die bei nicht bettlägerigen Männern im Anstaltsleben in Anwendung kommen können, so einförmig wird die Auswahl, sowie es sich darum handelt, in Bettbehandlung befindliche Männer zu beschäftigen. Meistens handelt es sich dabei um arbeitsfähige Elemente, denen wegen plötzlicher Aufregungszustände und Gewalttaten gefährliche Werkzeuge nicht anvertraut werden können. Leichter durchführbar ist die Beschäftigung bei bettlägerigen Frauen, wo das Strickzeug und Flickarbeiten eine wohltätige Rolle spielen. Für nicht Bettlägerige — nach meinen vorausgegangenen Ausführungen für etwa 40% des Krankenstandes — ist durch Arbeitssäle, größere und kleinere Arbeitsräume, Nähstuben, Schuster-, Schneiderwerkstätten, agrikole Beschäftigung, den therapeutischen Bestrebungen Rechnung zu tragen. Je größer die Zahl der Arbeitsräume und der darin Beschäftigten, je vielfältiger die Art der Beschäftigungsmöglichkeiten, um so geringer wird die Notwendigkeit, zur Erhaltung der Ruhe auf den einzelnen Abteilungen Beruhigungs- und Schlafmittel zu geben. Es ist dies ein großer Vorteil, denn schließlich haben alle vorerwähnten Einrichtungen den gemeinsamen Endzweck, mit möglichst wenig Beruhigungsmitteln und Schlafmitteln auszukommen und dabei doch die Ruhe und Ordnung eines Krankenhauses in den Krankenräumen zu erzielen. Es sind Einrichtungen, die heutzutage bei Neubauten selbstverständlich erscheinen, bei Anstalten, die nach veralteten Prinzipien erbaut, ohne große Kosten durchgeführt werden können; sie bilden einen wesentlichen Fortschritt in der heutigen Behandlung der Geisteskranken und für die Außenwelt eine stumme Propaganda für die humanen Bestrebungen der heutigen Psychiatrie.

Digitized by Google

Dementia praecox oder Gehirntumor?

Von

Dr. **Otto Kaiser,** II. Arzt der Heilanstalt Neufriedenheim bei München.

Dementia praecox oder Gehirntumor, eine sonderbare Zusammenstellung zweier ganz verschiedenartiger Krankheitsbilder, wird mancher sagen, und doch handelte es sich in dem vorliegenden Falle um die Entscheidung der Frage, ob eine an Dementia praecox erkrankte Patientin einen Gehirntumor bekam, oder ob der Gehirntumor nur das Krankheitsbild der Dementia praecox vorgetäuscht hatte.

Die Patientin, um welche es sich handelt, ist am 21. Dezember 1870 geboren. Die Großmutter väterlicherseits war melancholisch, der Vater hatte zeitweilig an Kopfweh gelitten, ein Bruder desselben ist in einer Irrenanstalt gestorben. Die Mutter ist gesund. Eine Schwester ist geistig und körperlich schwach, die anderen Geschwister sind gesund.

Patientin soll vor ihrer Erkrankung stets geistig gesund gewesen sein, sie war nur etwas reizbar. Die Menstruation war unregelmäßig, trat im ganzen nur vier bis fünfmal ein, zuletzt ein Jahr vor der Erkrankung. Seit April 1892 mehrmals Krämpfe im Unterleib. Einmal im wachen Zustand Incontinentia Urinae.

Früher öfter Kopfweh und Magenschmerzen.

Patientin soll am 16. Januar 1892, einen Tag vor der Hochzeit ihrer Schwester, plötzlich geistig erkrankt sein. Sie sprach fast kein Wort mehr, wollte sich nicht mehr ankleiden, hatte zu keiner Beschäftigung Lust, weinte viel und hatte häufig Angst. Sie verweigerte häufig die Nahrung, der Stuhlgang war zurückgehalten. Es fiel auf, daß sie stärker wurde, besonders am Abdomen. Sie wollte immer am liebsten für sich allein sein. Der Schlaf blieb aber gut, und sie war ruhig.

Am 29. Juni 1892 fand sie Aufnahme in der Kuranstalt Neuwittelsbach hierselbst. Ich lasse die dort geführte, mir durch Herrn Hofrat Dr. *von Hoesslin* freundlichst zur Verfügung gestellte Krankheitsgeschichte hier folgen:

Digitized by Google

„Status präsens. Fehlen des Krankheitsbewußtseins. Widersetzen gegen jede Untersuchung.

Urin ohne Albumen und Zucker. Spez. Gew. 1027.

Therapie: Abreibungen 24—18°. Bad 26° 10 Min. Dusche 18° 1 Min. Galvanisation des Kopfes 1 Min.

1. Juli 1892. Körpergewicht 51,2 kg. Patientin sitzt stundenlang auf einer Stelle, ohne sich zu rühren. Sie ist völlig gleichgültig gegen ihre Umgebung, spricht kaum ein Wort, dankt erst auf einen Gruß, wenn man sie mehrfach anredet.

Patientin ist nicht zu bewegen, ins Bad zu gehen, da sie meint, sie dürfe es nicht, außerdem sei sie auch nicht krank. Sie ist schwer zu bewegen, sich am Kopf galvanisieren zu lassen, läßt es sich aber doch endlich gefallen.

Organbefund normal.

4. Juli 1892. Nachts ist Patientin meist ruhig und schläft. Sie will keine Nahrung zu sich nehmen und ist nur mit Mühe dazu zu bewegen. Die Wärterin muß ihr dabei die Speisen direkt in den Mund stecken. Stuhl ist seit fünf Tagen nicht eingetreten, deshalb Verordnung eines Lavements. Darauf etwas Stuhl.

7. Juli 1892. Patientin hat plötzlich Diarrhoe bekommen, nach Tinct. Opii Besserung derselben. Patientin schläft darauf im Laufe des Nachmittags viel.

8. Juli 1892. Diarrhoe dauert fort. Abermals Verordnung von Tinct. Opii.

9. Juli 1892. Kein Durchfall mehr. Patientin ist dazu zu bewegen gewesen, sich eine Dusche geben zu lassen. Stupor etwas geringer.

15. Juli 1892. Verhalten der Patientin wenig verändert. Sie ist meist nur sehr schwer zum Baden zu bewegen, oft gar nicht. Dumpf brütet sie vor sich hin und ist schwer zu veranlassen, den Platz, wo sie sich gerade befindet, zu verlassen. Sie spricht äußerst wenig und dies leise und langsam. Patientin ißt nur, wenn sie gefüttert wird. Stuhl meist obstipiert. Klagen über Kopfweh.

23. Juli 1892. Patientin will sich durchaus nicht anziehen, sondern behauptet, sie dürfe es nicht, da sie keine Kleider hätte. Die Kleider, welche sie bisher getragen, gehörten ihr nicht. Die Wärterin veranlaßt sie dazu, sich anziehen zu lassen, indem sie der Patientin sagt, sie wolle ihr Kleider leihen.

25. Juli 1892. Bei Patientin ist Diarrhoe eingetreten, dabei ist sie nicht zu bewegen, auf den Stuhl zu gehen, sondern verunreinigt das Bett und die Kleider. Nur mit Gewalt kann sie gebadet werden. Patientin behauptet nicht die X. X. zu sein.

26. Juli 1892. Nacht war sehr unruhig. Der Zustand der Patientin macht eine Überbringung in eine Irrenanstalt nötig."

27. Juli 1892. Patientin wird heute hierher übergeführt. Sie ist eine mittelgroße, schlanke Dame mit mäßigem Ernährungszustand. Hirnschädel

Digitized by Google

auffällig klein, sonst keine Besonderheiten. Die Kranke kommt total verwirrt in die Anstalt, geht willig auf ihr Zimmer. Bei jeder Annäherung weicht sie scheu zurück und ist zu gar keiner Antwort zu bewegen. Sie ist über ihre Lage nicht klar. Sie sitzt unbeweglich auf dem Sofa, stumpf vor sich hinbrütend; im Munde sammelt sie große Mengen Speichel an, die sie erst nach längerer Zeit verschluckt.

29. Juli 1892. Patientin kann sich über den Ort nicht orientieren. Schlaf sehr schlecht. Nahrung nimmt Patientin nur von der Hand der Pflegerin; gegen die Obstruktion Podophyllin mit Erfolg.

30. Juli 1892. Patientin benimmt sich heute ein wenig gesammelter und geordneter. Sie spricht zum ersten Male und erklärt dem Arzte, daß es ihr hier gut gefalle, sie sei nicht aufgeregt. Über ihre Krankheit vermag sie keine Auskunft zu geben, sie scheint aber unter dem Einflusse von Halluzinationen zu stehen. Sie weigert sich, zu urinieren, sie dürfe es nicht, da es ihr verboten sei. Mußte deshalb heute katheterisiert werden.

6. August 1892. Im wesentlichen unverändert. Meist stuporös, ganz teilnahmslos, sitzt ruhig da, den Blick auf ein und dieselbe Stelle gerichtet. Durch eindringliche Fragen gelingt es, sie aus ihrer Apathie herauszubringen, und sie antwortet, allerdings mit kurzen Worten, jedoch korrekt auf die Fragen. Schlaf nicht mehr so mangelhaft. Appetit befriedigend, sie ißt jetzt auch allein, ohne daß ihr die Speisen von der Pflegerin eingegeben werden. Urin wird jetzt immer spontan entleert; gegen die Obstipation jeden zweiten Tag ein mildes Laxans.

18. August 1892. Psychisch unverändert. Sie geht viel spazieren, ißt und schläft befriedigend. Sie scheint zu halluzinieren, macht aber nur ab und zu der Pflegerin gegenüber darauf hindeutende Bemerkungen: Beim Kaffee äußerte sie einmal, daß derselbe ihr nicht gehöre und daß sie ihn nicht trinken dürfe; sie hat beständig Angst, daß man ihr etwas antue; im Garten glaubt sie, daß sie nicht mehr in ihr Zimmer hinauf dürfe.

29. August 1892. Verhalten ziemlich unverändert. Patientin spricht oft stundenlang denselben Satz: „Ich weiß nicht, was ich tun soll".

13. September 1892. Patientin ist etwas geordneter und gesammelter geworden. Ihrer Mutter, die sie besucht hat, antwortet sie ganz ruhig und klar; sie frägt nach allen Angehörigen und erkundigt sich eingehend nach deren Befinden. Nach dem Weggange ihrer Mutter fällt sie wieder in ihr dumpfes Brüten zurück und ist unzugänglich wie früher.

27. September 1892. Patientin ist etwas gesprächiger geworden. Sie sagt, daß sie gern hier sei, daß ihr das Essen sehr gut bekomme. Gegen die Obstipation wechselnd Podophyllin, Rhabarber, Kalomel etc.

21. Oktober 1892. Im ganzen wie früher. Doch ist sie jetzt zeitweise stärker erregt und drängt dann fort. Sie schimpft und flucht dann ziemlich gemein: „Ihr Hunde, ihr hundsgemeinen Leute, ich werfe Ihnen das Glas an den Kopf; umbringen sollte man euch, daß ihr mich nicht hinaus laßt". Doch nicht gewalttätig. Meist jedoch ist Patientin ruhig, sitzt still in ihrem

Digitized by Google

Zimmer über einem Buche brütend, wortkarg, selten auf mehrere Fragen eine Antwort erteilend. Doch reicht sie regelmäßig dem Arzte die Hand.

Körperlich gut genährt. Nachts ruhig, aber häufig sehr unrein. Gegen Obstipation öfter Medikamente.

16. November 1892. Nicht wesentlich verändert. Im ganzen ruhig, nur manchmal schimpft sie. Sie scheint zu halluzinieren, wenigstens murmelt sie häufig vor sich hin, z. B.: „Das Luder (die Pflegerin) stiehlt immer anderen das Essen und bringt mirs". „Was hat sie gesagt? Nichts." Auf Befragen leugnet sie: „Ich habe nichts gesagt". Sie ißt öfter mangelhaft. Häufig unrein.

30. November 1892. Insofern etwas gebessert, als sie seltener unrein ist, sich unter den anderen Damen aufhält und gern in den Park geht. Appetit gut, nachts ruhig.

16. Dezember 1892. Insofern weiter gebessert, als sie spontan auf den Abort verlangt und manchmal prompte und richtige Antworten gibt.

Nicht mehr unrein. Nachts ruhig.

28. Dezember 1892. Patientin ist jetzt viel klarer und freundlicher, gibt richtige Antworten, redet auch spontan, erklärt z. B. ihre Freude über die Weihnachtsbescheerung, drängt durchaus nicht mehr fort, schimpft nie mehr, lobt vielmehr die gute Behandlung. Wollte aber nicht auf eine Abteilung für ruhigere Kranke gehen, weil sie auf der jetzigen Abteilung schon eingewöhnt sei.

Nahrungsaufnahme sehr gut, ebenso der Schlaf. Trotzdem geht das Körpergewicht etwas zurück: am 1. Oktober 50,5 kg, 27. Dezember 48,5 kg.

12. Januar 1893. Seit drei Tagen wieder verstimmter, barscher und zurückhaltender in ihren Antworten, spricht oft vor sich hin, verkehrt selten mehr mit jemand. Heute Morgen begann sie das erste Mal wieder ihrer Umgebung zu schimpfen: „Gemeine Bande!" Zum ersten Male seit der Aufnahme Menses eingetreten.

18. Januar 1893. Patientin ist leicht manisch erregt. Sie schrieb neulich einen ganz geordneten, aber sehr überschwänglichen Brief nach Hause; sie lobt alles in der Anstalt und erklärt, sie sei so selig, daß sie alle umarmen könnte. Sie nimmt lebhaft an den Unterhaltungen der anderen teil und wird dabei oft allzu laut. Sie singt viel und tanzt vor Wohlgefühl herum. Doch kann sie sich auf Zureden beherrschen. Krankheitseinsicht besteht nicht. Doch belächelt sie ihre früheren Ideen, daß sie z. B. den Referenten für einen König, die Oberpflegerin für eine Prinzessin angesehen habe.

Appetit und Schlaf sehr gut.

20. Januar 1893. Die Aufregung steigerte sich immer mehr. Anfangs schwätzte Patientin sehr viel, sang, lachte, zeigte eine ausgelassene Heiterkeit. Sie renommiert riesig, kann alle Sprachen, hat alle Schriftsteller gelesen, kann mit jedem Philosophen streiten. Dann wurde Patientin immer verwirrter, lärmte und schrie Tag und Nacht, sprang umher, ließ keiner Kranken Ruhe. Appetit gut. Einmal mit Urin unrein.

Digitized by Google

25. Januar 1893. Seit gestern ruhiger und klarer, aber noch sehr gesprächig und selbstbewußt. Die letzten Nächte ruhig.

3. Februar 1893. Patientin wird wieder mehr und mehr aufgeregt, schwätzt, singt, schreit, fährt im Saal umher, ist ideenflüchtig. Heute zerriß sie ihre Kleider und schlug im Bad plötzlich den Spiegel herunter. Auch Nachts wieder unruhig. Nahrungsaufnahme gut.

22. Februar 1893. Die Aufregung hat sich hochgradig gesteigert. Patientin zerreißt, duldet keine Kleider, keine Wolldecke, zieht ihre aufgelösten Haare um das Gesicht herum, ist sehr oft gewalttätig, oft unrein: vorgestern hat sie mit Kot geschmiert, daher täglich Einlauf. Nachts gewöhnlich sehr lärmend, stößt unverständliche Schreie aus. Die Nahrungsaufnahme läßt zu wünschen übrig.

13. März 1893. Noch gänzlich verwirrt, aber etwas ruhiger: doch ist sie hie und da noch gewalttätig, besonders gegen den Arzt, den sie verkennt. Stimmung meist heiter, doch plötzlich in Zorn übergehend, immer exaltiert. Nachts meist unruhig. Oft unrein, das Schmieren wird durch Einläufe verhindert. Ißt jetzt wieder ziemlich ordentlich, ist aber in der Ernährung sehr heruntergekommen.

15. März 1893. Sie zeigt sich jetzt sexuell immer mehr erregt, duldet kein Kleidungsstück. Sie griff in letzter Zeit regelmäßig unter Zoten und Gelächter den Referenten an und suchte ihn zu schlagen und zu kratzen. Sie schimpft unflätig: „Du Saubube, du Scheißkerl etc."

20. April 1893. Hochgradig erregt, schreit, schimpft, stößt, pufft, spuckt, schmiert, reißt. Immer nackt. Ißt mit Appetit. Nachts immer unruhig.

25. Mai 1893. Seit Anfang des Monates nimmt die Erregung ab. Patientin kann sogar zeitweise im Garten unter anderen sein. Doch noch immer manchmal gewalttätig, öfter unrein. Sie liegt jetzt meist in ihre Wolldecke — ein Hemd duldet sie nicht — eingewickelt oder macht sich mit ihren Haaren zu schaffen, formt die abenteuerlichsten Frisuren. Gegen den Arzt viel freundlicher und lenksamer. Trotz der guten Nahrungsaufnahme ist der Ernährungszustand heruntergekommen. Nachts noch oft unruhig.

Körpergewicht am 14. Januar 47 kg, 21. April 38.75 kg.

28. Juni 1893. Im ganzen ruhiger. Nicht mehr so oft unrein. Doch noch ideenflüchtig und sehr verwirrt, viel schwatzend, lachend, an Haaren und Kleidern herumzupfend. Nachts seltener unruhig, dagegen noch oft unrein.

19. Juli 1893. Menses.

28. Juli 1893. Wieder öfter gewalttätig, schimpfend, Kleider zerreißend. Das Selbstgefühl ist sehr erhöht, Patientin sucht sich sehr stolz zu geben. Erheblicher Schwachsinn. Appetit gut. Schlaf meist vorhanden. Wenig Sinn für Reinlichkeit. Das Körpergewicht nimmt etwas zu: 2. Juni 39,5 kg, 16. Juni 41 kg, 3. Juli 41,5 kg, 16. Juli 40 kg.

20. August 1893. Ist etwas ruhiger geworden, seltener gewalttätig, weniger unrein. Schwatzt aber den ganzen Tag. Nachts noch oft unruhig.

Digitized by Google

Nimmt körperlich etwas zu: 18. Juli 40 kg, 28. Juli 41,25 kg, 12. August 42,5 kg.

17. September 1893. Wieder aufgeregter, ist täglich unrein, zerreißt ihre Kleider und Hemden. Die Stimmung ist wechselnd, aber immer exaltiert. Patientin geberdet sich ungemein stolz, befiehlt von oben herab, ist oft gewalttätig. Ideenflüchtig verwirrt, oft sehr lärmend. Schauspielert, jüdelt ostentativ.

Appetit sehr gut, nachts nicht selten unruhig, gewöhnlich unrein.

8. Oktober 1893. Unverändert, Schlaf häufig sehr unruhig, bei nacht oft sehr lärmend.

31. Oktober 1893. Noch immer recht aufgeregt, nachts unruhig, ideenflüchtig verwirrt; exaltierter, oft zorniger, meist heiterer Stimmung. Zerreißt ihre Hemden. Doch ist Patientin weniger unrein und seltener gewalttätig. Appetit sehr gut.

21. November 1893. Im ganzen nicht verändert, bald mehr, bald weniger erregt. Selbstgefühl krankhaft erhöht. Doch etwas geordneter als früher, zeigt sich bei näherem Eingehen als richtig orientiert. Neigung zum Zerreißen besteht noch. Hie und da unrein. Selten gewalttätig. Nächte wechselnd, doch viel ruhiger als früher.

2. Januar 1894. Ist im ganzen gegen früher viel ruhiger geworden, schimpft und schreit seltener. Auch die Ideenflucht ist geringer geworden, wie Briefe der Patientin an die Angehörigen bezeugen. Sie erkennt und nennt auch die Personen in der Regel beim richtigen Namen.

Bei der Weihnachtsfeier benahm sie sich anfangs ziemlich nett, allmählich aber wurde sie erregter, ihr Selbstgefühl steigerte sich, sie ließ sich nicht mehr widersprechen, beanspruchte auch das Eigentum anderer für sich, so daß sie in ihre Abteilung zurückgeführt werden mußte. Die Nächte sind ruhig, reinlich.

Das Körpergewicht hat bedeutend zugenommen: 6. Januar 47,5 kg.

16. Februar 1894. Bis Ende Januar ziemlich ruhig. Seither aber nimmt die Aufregung wieder mehr und mehr zu, auch die Verwirrtheit und das Selbstgefühl steigern sich ersichtlich. Sie sagt, sie sei die Prinzessin Elvira, die Prinzessin Elisabeth, Ludwig, auch sagt sie, sie sei der Prinzregent. Die Personen der Umgebung sind ihr Verwandte oder Bekannte, Referent ist ihr Bräutigam. Sie ist nicht selten, oft ohne ersichtliches Motiv, oft bei Widerspruch drohend, ja gewalttätig. Nachts öfter unruhig, gewöhnlich aber unrein. Einmal hat sie wieder mit Kot geschmiert und am Morgen dem Referenten berichtet: „Heute nacht habe ich entbunden".

Mehrere Tage aß Patientin sehr mangelhaft. Das Körpergewicht nimmt wieder ab: 20. Januar 48,5 kg, 5. Februar 46,5 kg.

3. März 1894. Zeiten stärkerer Erregung wechseln mit solchen von einiger Ruhe. In den Tagen der Erregung schimpft Patientin unaufhörlich, zerreißt Hemden und Kleider, ist widerstrebend, abweisend, oft aktiv gewalttätig; stets verwirrt, benennt die Personen verkehrt. In den Tagen der Ruhe

Digitized by Google

ist sie freundlich, erkennt die Personen richtig, läßt ihre Kleider in Ordnung, ist aber auch da nicht imstande, sich geordnet zu beschäftigen. Nachts häufig unrein, selten unruhig.

26. März 1894. In den letzten 14 Tagen immer ruhig, doch verwirrt, voll Selbstgefühl, unfähig etwas zu tun. Hielt sich in ihren Kleidern ordentlich. Nachts nicht unrein. Das Körpergewicht hat etwas zugenommen: 3. März 48 kg, 17. März 50 kg.

30. April 1894. Zeitweise sehr aufgeregt, unrein, gewalttätig, zum Zerreißen geneigt, schreit und schimpft laut. Nestelt an ihren Haaren herum. Nachts oft unrein, doch seltener als früher.

31. Mai 1894. Anfangs Mai ruhig, in den letzten 14 Tagen aufgeregt. Größenideen wechselnd, dieselben wie früher. Sieht auf die ganze Umgebung verächtlich herab. Wenn man Patientin fixiert, nennt sie die Personen richtig, sonst immer verkehrt. Sie meint: „Ich kann die Leute nennen wie ich will".

Nachts hie und da unrein. Stuhl in Ordnung. Menses immer einige Tage verspätet, am 25. Januar, 27. Februar, 8. April, 7. Mai. Körpergewicht immer ca. 49 kg.

25. Juni 1894. Aufgeregt, oft unrein, zum Zerreißen geneigt, oft abweisend. Ideenflüchtig verwirrt. Ist in einem Atem Fräulein X., Tante Sarah, Prinzessin Elvira, hat gerade ihren Geburtstag, ist Ketzerin geworden. Singt und schimpft viel. Auch nachts nicht selten unruhig. Gewöhnlich unrein.

18. Juli 1894. Zustand wechselnd, im ganzen unruhig, zum Zerreißen geneigt, lärmend, viel unrein. Dazwischen öfter einige bessere Tage, an denen sie weniger unrein ist, sich ganz nett zu unterhalten versteht, ziemlich geordnet spricht und handelt. Nachts ruhig. Appetit gut.

2. September 1894. Wechsel zwischen verhältnismäßig ruhigen Zeiten, in denen sich Patientin ordentlich hält, mit solchen, in denen sie oft unzugänglich ist, viel lärmt und schimpft, Tag und Nacht oft unrein ist, zerreißt, hie und da gegen Mitkranke gewalttätig ist. Appetit immer gut.

20. Oktober 1894. Die bessern Zeiten dauern anscheinend allmählich länger als früher: auch die Aufregungen erreichen selten den früheren Grad. Auch ist Patientin seltener unrein. In der bessern Zeit beschäftigt sie sich mit leichteren Strickarbeiten, schreibt Briefe nach Hause, die manchmal nur wenig ideenflüchtig sind. Die Nächte sind noch oft unruhig. Körperliches Aussehen sehr gut.

2. Dezember 1894. Im ganzen wenig verändert. Etwas weniger unrein als früher. Sonst immer derselbe Wechsel zwischen Erregung und relativer Ruhe. Die Ideenflucht verschwindet auch in letzter Zeit nicht ganz. Körperlich wohl.

10. Januar 1895. Im ganzen wie nach den letzten Referaten. Doch beschäftigt sich Patientin mehr als früher (Stricken). In den Zeiten der Aufregung nachts oft unruhig. Menses seit Oktober weniger regelmäßig als früher. Appetit meist gut.

Digitized by Google

20. Februar 1895. Wird allem Anscheine nach allmählich etwas ruhiger. Ist aber gewöhnlich ganz verwirrt. Strickt manchmal, bringt aber nichts rechtes fertig. Gewöhnlich Tag und Nacht unrein, wenn auch nicht mehr so viel wie früher. Appetit gut, gut genährt.

7. April 1895. Litt seit Ende Februar bis Ende März an einem leichten Bronchialkatarrh. Aß während dieser Zeit manchmal mangelhaft. Jetzt körperlich wieder ganz wohl.

Psychisch unverändert. Immer verwirrt, spricht jede Person mit falschen Namen an, kennt aber und nennt bei längerem Eindringen auch die richtigen Namen. In der Erregung halluziniert sie. Sie hört, wie sie selbst sagt, aus einer Ecke Stimmen und schimpft an die Ecke hinauf. Nachts selten unruhig; nur wenn sie zum Abortgehen angehalten wird, öfter laut und gewalttätig.

14. Mai 1895. Im ganzen gegen früher ruhiger und geordneter, doch immer noch zeitweise erregt und zum Zerreißen geneigt. Den Beginn der Erregung merkt man immer daran, daß sie die Haare nicht in Ordnung läßt, sie in mehrere Strähne zusammendreht. Dann wird sie auch bald unruhig, abweisend, zornig schimpfend, zerreißt plötzlich ein Kleidungsstück, bleibt nicht mehr sitzen. Immer verwirrt. Körperlich wohl, gut genährt. Häufig unrein.

31. Juni 1895. Patientin ist sehr verwirrt. Sie verbietet, sie Fräulein zu heißen. Sie sei ein Kind mit sechs Jahren, ihre Mutter sei 26 Jahre alt, nicht sie (Patientin kennt also ihr Alter). Während sie neulich im Garten saß, kroch ihr ein Maulwurf am Rücken hinauf. Patientin erschrak darüber gar nicht, sondern sagte, als sei das ganz selbstverständlich, das sei ihr Kind, welches sie geboren habe.

Das Körpergewicht schwankt immer zwischen 55 und 57 kg. Die Menses sind unregelmäßig, fehlen manchmal, z. B. im Juni.

5. August 1895. Keine wesentliche Veränderung. Im ganzen ruhig. Beschäftigt sich mit Handarbeiten, jedoch ziemlich planlos und ohne Ausdauer. Appetit und körperliches Befinden gut, Schlaf zufriedenstellend. Häufig unrein.

5. Oktober 1895. Einige Tage stärkerer Erregung traten auf, Neigung zum Zerreißen der Kleider, sonst unverändert. Unreinlichkeit läßt tags über nach, nachts hält sie noch an. Ernährungszustand gut.

6. November 1895. In den letzten Tagen leicht manisch erregt. Wieder häufiger unrein.

4. Dezember 1895. Befinden ist immer noch leichten Schwankungen unterworfen, doch hat die Verwirrtheit und Unreinlichkeit gegen früher bedeutend nachgelassen.

8. Januar 1896. Keine wesentliche Veränderung, vielleicht etwas ruhiger. Verwirrtheit hält noch an. Körperliches Befinden zufriedenstellend.

4. Februar 1896. Seit etwa acht Tagen wieder leichte Unruhe, Neigung zum Zerreißen, Singen, Schimpfen etc. Die Nächte sind fast immer ruhig.

5. März 1896. Erwähnte Unruhe hielt nur kurze Zeit an. Seitdem ist

Digitized by Google

Patientin wieder ruhig, weniger unreinlich. Verwirrtheit ist noch sehr groß. Körperliches Befinden gut.

4. April 1896. Befinden immer etwas schwankend. Es überwiegen die ruhigen Zeiten, während welcher Patientin still und freundlich ist, etwas arbeitet, oft richtige Antworten gibt. Die Zeiten der Aufregung dauern nur kurz, oft nur einen Tag, auch ist die Aufregung nie stärkeren Grades.

6. Mai 1896. Mitte letzten Monats ein ca. fünf Tage dauernder Erregungszustand. Sonst status idem.

5. Juni 1896. Zustand schwankend, ruhige Zeiten wechseln mit solchen stärkerer Erregung. Stimmung meist heiter exaltiert, selten gereizt. Nächte meist ruhig. Verwirrtheit hält an, auch zeigt sich bereits ziemlicher Schwachsinn.

8. Juli 1896. Zeitweise etwas klarer, hat Besuche erkannt und richtig benannt. Sonst keine Veränderung.

4. August 1896. Unreinlichkeit sehr groß. Aussehen etwas blaß.

Die Krankheitsgeschichte ist von hier an sehr gekürzt, da häufig nur „status idem" verzeichnet ist.

6. November 1896. Einige Tage heitere Erregung. Nachts regelmäßig unrein.

7. Dezember 1896. Im letzten Monat traten wieder einige Tage stärkerer Erregung auf, Neigung zum Zerreißen. Die Verwirrtheit wird durch manchmal eintretende klare Momente unterbrochen, besteht sonst unverändert fort. Unreinlichkeit noch sehr groß.

1. Januar 1897. Bei der Weihnachtsfeier zeigte sie Interesse für ihre Geschenke, war aber doch ziemlich verwirrt. Nächte jetzt meist ruhig, selten unruhig. Aussehen und körperliches Befinden gut.

4. Februar 1897. Meist ruhig und heiter, sehr verwirrt.

Mehrere Tage dauernder Aufregungszustand im letzten Monat, sonst ruhig. Reinhaltung macht große Schwierigkeiten. Schlaf in den ruhigen Zeiten meist gut. Nahrungsaufnahme während der Aufregung manchmal mangelhaft.

3. April 1897. In den letzten acht Tagen stärker aufgeregt, Neigung zum Zerreißen, Schimpfen etc. Die Unreinlichkeit hat dabei zugenommen. Schlaf mangelhaft.

5. Mai 1897. Der letzte Erregungszustand hat nur kurze Zeit angehalten. Patientin ist wieder meist ruhig, vergnügt. Unreinlichkeit hat nachgelassen.

1. Juli 1897. Im letzten Monat acht Tage dauernder Aufregungszustand, sonst unverändert.

4. Oktober 1897. Patientin ist in letzter Zeit wieder lauter, unruhig, reagiert auf Anrufen meist mit unartikulierten Lauten, verwirrt. Zu einer Beschäftigung unfähig, unreinlich. Körperliches Befinden gut.

4. November 1897. Patientin ist wieder ruhiger, beschäftigt sich. Sonst unverändert.

Digitized by Google

22. Dezember 1897. Die Mitteilung von dem Tode ihres Vaters wird von der Patientin nicht aufgefaßt.

1. Januar 1898. Keine wesentliche Veränderung. Der Weihnachtsfeier gegenüber benahm sich Patientin verwirrt und verständnislos, doch sehr vergnügt und ließ sich die erhaltenen Süßigkeiten schmecken. Sonst meist ruhig.

4. Februar 1898. Wieder unruhig und laut.

3. März 1898. Starke Unruhe wechselt mit fast völliger Apathie. Körperliches Befinden gut.

4. April 1898. Wieder ruhiger, die Nächte besser, Unreinlichkeit besteht fort.

6. Juni 1898. In letzter Zeit läßt die Nahrungsaufnahme zu wünschen übrig. Patientin gibt über den Grund der Nahrungsverweigerung keine Auskunft.

5. Juli 1898. Nahrungsaufnahme noch immer mangelhaft, doch noch nicht ungenügend. Aussehen weniger gut als früher. Sonst unverändert.

4. August 1898. Nahrungsaufnahme zeitweise mangelhaft, doch immer noch genügend. Ein Besuch wird trotz sonstiger Verwirrtheit richtig erkannt.

3. September 1898. Keine wesentliche Veränderung. Zur Zeit eine ziemlich heftige Erregung. Nächte öfters unruhig, immer unrein.

5. Oktober 1898. Unverändert. Schreit sehr oft heftig. Unrein.

5. November 1898. Aufregung und Apathie wechseln. In hohem Grade unrein.

6. Dezember 1898. Stärkerer Erregungszustand mit Schreien. Neigung zum Zerreißen, Unruhe nachts.

7. Januar 1899. Leichte Diarrhoe, die Bettruhe notwendig machte. Appetit jetzt wieder besser.

4. Februar 1899. Neigung zu Diarrhoe besteht fort, Appetit mangelhaft. Kein Fieber. Bettruhe. Psychisch status idem.

5. März 1899. Nahrungsaufnahme noch immer mangelhaft, wohl infolge eines leichten psychischen Depressionszustandes, da die früher öfter auftretenden Aufregungszustände in letzter Zeit ausgeblieben sind.

5. April 1899. Nahrungsaufnahme läßt noch zu wünschen übrig, daher noch Bettruhe. Erregungszustände sind nicht mehr aufgetreten. Vermehrtes Schlafbedürfnis auch tags über.

6. Mai 1899. Patientin ist wieder etwas lebhafter und zugänglicher. Nahrungsaufnahme besser, hält sich meist außer Bett. Bewegungen sind alle sehr langsam. Aussehen blaß. Unreinlichkeit sehr groß, Patientin läßt alles unter sich gehen.

6. Juni 1899. Wieder dauernd außer Bett. Nahrungsaufnahme gut. Nächte ruhig. Aussehen besser. Psychisch keine Veränderung.

4. Juli 1899. Patientin ist etwas lebhafter, spricht manchmal vor sich hin. Grundstimmung heiter. Körperlicher Zustand gut.

5. August 1899. Wieder stärker erregt, unruhig, nestelt in ihren Haaren herum, macht phantastische Zöpfe daraus, zieht ihre Kleider verkehrt an,

Digitized by Google

schreit oft sehr heftig, besonders wenn man sie an der Ausführung ihrer krankhaften Triebe hindern will. Nächte meist ruhig.

4. November 1899. Im Erregungszustande, schreit viel und neigt zum Zerreißen. Bettbehandlung. Sie sitzt meist und macht sich mit den Bettstücken zu schaffen. Nächte öfters unruhig.

6. November 1899. Immer noch erregt. Heftiges Sträuben gegen alles, was man mit ihr vorzunehmen hat, auch bei der Nahrungseingabe, preßt dabei die Zähne zusammen und schreit.

5. Dezember 1899. Immer noch etwas erregt, schreit viel, besonders bei Eingabe des Essens. Nahrungsaufnahme mangelhaft.

3. Januar 1900. Patientin wird seit 9. Dezember 1899 künstlich ernährt und verträgt die künstliche Ernährung sehr gut. Körpergewicht hat sich gehoben.

4. Februar 1900. Immer noch erregt, schreit oft laut. Wird durch die Sonde ernährt. Bettruhe. Nächte öfter unruhig, doch fehlt der Schlaf nie ganz.

4. April 1900. Status idem. Seit zwölf Tagen täglich eine Spritze Ol. camphor. zur Hebung des Appetites, doch bis jetzt ohne Erfolg.

17. April 1900. Patientin wird seit fünf Tagen nicht mehr künstlich ernährt, ißt die gewöhnliche Kost selbst. Etwas weniger verwirrt, schreit weniger. Wird außer Bette gehalten.

2. Mai 1900. Ißt jetzt regelmäßig.

6. Juni 1900. Wird seit sechs Tagen wieder künstlich ernährt.

5. Juli 1900. Status idem. Schwäche auf den Beinen. Beständig unreinlich.

4. Oktober 1900. Körperlich etwas kräftiger, sonst unverändert.

6. Dezember 1900. Seit Mitte vorigen Monats ißt Patientin von selbst. Psychisch leichte Besserung. Nächte gut, Unreinlichkeit besteht weiter.

6. Januar 1901. Heitere Stimmung, singt und lacht. Hie und da schreit sie laut. Appetit gut, Nächte meist ruhig.

4. Februar 1901. Leicht erregt.

6. März 1901. Die Erregung hält an. Nächte öfter unruhig. Dem Arzte streckt sie die Hand entgegen, sucht ihn zu umarmen und zu küssen, spricht dabei unverständliche, mehr unartikulierte Laute, in vergnügtem Tone ausgestoßen.

7. Mai 1901. Seit 14 Tagen wieder durch die Sonde ernährt.

4. Juni 1901. Schreit in letzter Zeit mehr. Erbricht häufig.

6. August 1901. Hat wieder angefangen, selbst zu essen. Sonst unverändert.

3. Oktober 1901. Wird meist durch die Sonde ernährt. Hat heute einige Schlucke der Ernährungsflüssigkeit (1 l Milch, 4 Eier, 100 g Zucker) getrunken. Spitzt dabei den Mund schnauzenartig zu und weist schließlich den Becher unter Weinen zurück.

3. Oktober 1901. Hat heute abend die Ernährung getrunken.

Digitized by Google

4. Oktober 1901. Hat heute morgen getrunken, nimmt dabei einen sehr großen Schluck, bläßt die Backen auf und schluckt dann in drei Portionen herunter.

7. Oktober 1901. Hat bis jetzt getrunken.

1. November 1901. Ißt alles.

10. April 1902. Seit einigen Tagen oft unmittelbar nach dem Essen Erbrechen. Schreit oft laut auf oder weint wie ein kleines Kind. Will manchmal nicht essen. Ganz blöde, spricht gar nicht, das Schreien und Weinen macht einen automatenhaften Eindruck, sie scheint dabei keine Schmerzen zu haben, Magengegend speziell nicht druckempfindlich.

3. Mai 1902. Macht oft theatralische Gesten mit den Armen, stößt dabei unartikulierte, halb singende Laute aus; schreit oft gellend ohne jede äußere Veranlassung.

28. Mai 1902. Schrie gestern abend fortwährend. Auf 0,001 Scop. hbr. ruhig.

3. August 1902. Abends 0,002 Scopol. hbr., weil sie beständig schrie. Nachts ein Uhr bewußtlos, krampfhaft atmend; Herztätigkeit äußerst schwach, kalter Schweiß; Augen nach links verdreht, Pupillen maximal weit, reagieren nicht.

4. August 1902. Erholt sich im Laufe des Tages wieder vollständig.

28. November 1902. Lacht und heult oft ohne jede Motivierung wie ein kleines Kind. Jetzt sehr gefräßig, stopft den Mund stets ganz voll Essen, bevor sie anfängt es herunter zu schlucken.

19. Februar 1903. Letzte Nacht ein ähnlicher Anfall wie am 2. August 1902, hat aber gestern kein Scopolamin bekommen. Augen nach links verdreht, Konjunktiven stark injiziert; Pupillen weit und starr. Zuckungen der rechten Gesichtshälfte, der Stirn, Mundwinkel und Ohren. Leichte Zuckungen und Muskelstarre des rechten Armes. Leichte Muskelspannung und erhöhter Patellarsehnenreflex im rechten Bein. Linke Extremitäten schlaff, werden bisweilen spontan bewegt, rechte Extremitäten in leichter Kontrakturstellung. Allmähliches Zurückgehen der Erscheinungen im Laufe des Tages.

20. Februar 1903. Noch immer benommen, doch haben die Zuckungen aufgehört. Schlucken noch sehr erschwert.

21. Februar 1903. Schluckt wieder Flüssigkeit und reagiert. Schreit öfter automatisch.

22. Februar 1903. Ernährung wieder besser. Häufiges Schreien. Auf dem linken Gesäß oberflächlicher Decubitus. Therapie: Wasserkissen, täglich mehrstündiges Bad, Thonerde als Streupulver.

1. April 1903. Decubitus geheilt. Zustand unverändert wie vor dem Anfalle.

21. April 1903. Gestern abend ein Anfall. Zuckungen im rechten Brachiofacialisgebiet: Augen bald nach rechts, bald nach links verdreht. Bei heftigen Zuckungen gehen dieselben auf das rechte Bein und gelegentlich auch auf die linke Körperhälfte über. Doch bleibt meist die linke Hälfte

Digitized by Google

völlig frei und es wird der Arm sogar oft spontan bewegt. Der Anfall dauert von abends 7 Uhr bis nachts 4 Uhr. Zuletzt noch Zuckungen im rechten Arm.

24. April 1903. Nahrungsaufnahme sehr erschwert, da Patientin den Mund zuklemmt. Im rechten Arme noch leichte tonische Starre.

6. Mai 1903. Nahrungsaufnahme leidlich, muß mit dem Löffel gefüttert werden. Schreit und weint öfter.

8. Mai 1903. Heute abend von 7 bis 9 Uhr ein Anfall mit Zuckungen im rechten Gesicht, Arm, leichteren Zuckungen im rechten Bein.

18. Mai 1903. Rechter Arm jetzt völlig willkürlich gelähmt, aber in tonischer Muskelstarre.

25. Mai 1903. Vasomotorische Störungen in dem gelähmten Arme, Hand geschwollen, leicht gerötet, die Haut schuppt ab. Nahrungsaufnahme jetzt sehr erschwert und mangelhaft, daher Sondenernährung.

4. Juni 1903. Letzte nacht zwei Anfälle Jacksonscher Epilepsie gleich den früheren. Heute morgen Erbrechen, dabei verdautes Blut, konnte deshalb nicht ernährt werden. Heute abend wieder durch Sonde ernährt. Erhält zweimal täglich $^3/_4$ l Milch, gekühlt, mit drei Eiern und 100 g Zucker und Zusatz von einem Teelöffel Karlsbader Salz.

5. August 1903. Bisweilen leichte Zuckungen im rechten Brachiofacialisgebiet, aber in letzter Zeit keine ausgesprochenen Anfälle.

7. September 1903. Hatte in letzter Zeit öfter Erstickungsanfälle, da sie infolge krampfhafter Spannung der Kiefermuskeln den Mund nicht öffnen konnte und durch die Nase ungenügend Luft bekam. Der rechte Nasengang ist fast verschlossen, der schlotternde linke Nasenflügel wird bei den krampfhaften Atembewegungen wie ein Ventil angesaugt und schließt dadurch die Öffnung. Patientin wurde blau und erbrach dabei, so daß Aufhalten des Mundes mit der Mundsperre nötig wurde. Da dieses indessen auf längere Zeit nicht gut durchführbar war, so wurde ein aus Silberdraht gebogenes Pessar in die Nase eingeführt, wodurch die Nasenflügel auseinandergehalten und die Erstickungsgefahr auf die einfachste Weise dauernd behoben wurde. Diese Manipulation konnte auch durch die Pflegerin jeder Zeit leicht vorgenommen werden.

Heute wieder Zuckungen, welche aber diesmal mehr die linke Körperhälfte ergriffen haben. Rechter Arm in Beugekontraktur. Temperaturerhöhung auf 40^0.

10. September 1903. Hat sich wieder sehr erholt, Temperatur normal. Respiration frei, keine Zuckungen mehr.

15. September 1903. Nachts $12^1/_2$ Uhr plötzlich nach einigem Stöhnen Exitus letalis.

Die Gehirnsektion fand am 15. September 1903 nachmittags 2 Uhr statt und ergab folgenden Befund:

Schädel klein, etwas flach gebaut, aber symmetrisch. Schädelknochen im Verhältnis zu der sonst zart gebauten Person dick und fest — ca. 1 cm

Digitized by Google

dick im Durchschnitt. Schädeldach mit der dura mater sehr fest verwachsen, so daß es nur mit dem Gehirn in toto abgehoben werden kann.

Pia über der ganzen Konvexität gleichmäßig lebhaft injiziert, verdickt und getrübt, an der Basis dagegen zart. Die basalen Arterien sind durchaus zart und zeigen keine Spur von Sklerose.

Linke Hemisphäre in allen Dimensionen kleiner als die rechte. Auf den Durchschnitten ist die linke Hemisphäre makroskopisch von normalem Aussehen. Die Konsistenz ist fest, Rinde und Marksubstanz sind nicht gerötet und deutlich voneinander geschieden.

Die rechte Hemisphäre dagegen sieht auf allen Durchschnitten und in allen Teilen gequollen aus. Nur das innerste Segment des Linsenkernes erscheint unverändert und hebt sich dadurch von der übrigen Substanz scharf ab. Die Rinde ist gerötet, verwaschen gezeichnet und nicht überall deutlich von der Marksubstanz abgegrenzt. Die Marksubstanz ist eigentümlich gelb gefärbt, in der gelben Grundfläche lagern zahlreiche, undeutlich abgegrenzte und in der hellgelben Masse verschwimmende Herde von opak hellgrauer Farbe, so daß das Ganze ein marmoriertes Aussehen gewinnt. Über die Mitte der äußeren Konvexität des Centrum semiovale zieht sich in sagittaler Richtung ein langgestreckter gelber Erweichungsherd, welcher fast vom Stirnpol bis zum Hinterhauptspol reicht. Er spitzt sich nach den Polen hin zu und erreicht seine größte Ausdehnung, bis zu 2 cm im Durchmesser, im Zentralhirn. Er liegt fast in seiner ganzen Ausdehnung unmittelbar unter der Rinde, diese zum Teil mit zerstörend. Die Wandungen des Erweichungsherdes sind zerfetzt, weich und von zahllosen punktförmigen Blutungen durchsetzt. Ebensolche Blutungen finden sich unter der ganzen Hirnrinde der rechten Hemisphäre zerstreut auch außerhalb des Erweichungsherdes, besonders stark unterhalb der obersten Partien der Zentralwindungen und im Occipitalhirn. Neben dem beschriebenen Hauptherde finden sich noch zahlreiche kleinere Erweichungsherde von der gleichen Beschaffenheit. Häufig sieht man in stark erweiterten perivaskulären und mit Blut gefüllten Räumen, wenn sie auf dem Längsschnitt getroffen sind, korkzieherförmig geschlängelte und verdickte Blutgefäße, die sich leicht herausziehen lassen.

Die Hirnventrikel sind nicht erweitert.

Im Kleinhirn und Pons ist makroskopisch keine Veränderung zu sehen. In den weißen Strängen der Medulla oblongata und des oberen Halsmarkes finden sich zerstreute trübgraue Herde, und zwar auf beide Seiten gleich verteilt. Eine deutliche Differenz der Pyramidenstränge ist weder in bezug auf Farbe noch auf Größe wahrnehmbar. Die Pyramidenstränge verlaufen gekreuzt.

Diagnose: Gliomatose der rechten Hemisphäre mit Blutungen und Erweichungsherden. Pachy- und Leptomeningitis der ganzen Konvexität.

Es handelt sich also um eine erblich belastete Kranke, welche bis zum Beginn des 22. Lebensjahres gesund gewesen sein soll.

Digitized by Google

Dann brach die Psychose plötzlich aus. Nach einem kurzen Vorstadium mit depressiven Symptomen — Patientin zog sich zurück, hatte zu nichts mehr Lust, weinte, hatte Angst, verweigerte die Nahrung — kam es zu einem Stuporzustande, welcher einige Monate anhielt. Das Verhalten der Patientin zeigte alle charakteristischen Erscheinungen des katatonischen Stupors. Es bestand Mutismus, Negativismus — Sträuben gegen Ankleiden, Baden, Spazierengehen, Nahrungsverweigerung, — Stereotypie — vergl. Krankheitsgeschichte 29. VIII. 92, spricht stundenlang denselben Satz, — Unreinlichkeit. Einmal mußte sie, weil sie den Urin absichtlich zurückhielt, katheterisiert werden, angeblich weil sie nicht urinieren durfte: ich glaube, daß es sich dabei nicht um die Folge von Halluzinationen handelt, wie der damalige Referent meinte, sondern auch um eine einfach negativistische Erscheinung. Ferner sind charakteristische Manieren beobachtet, sie sammelt große Mengen Speichel im Munde an, die sie dann auf einmal verschluckt. Die Verwirrtheit, welche in der Krankheitsgeschichte öfter verzeichnet ist, ist wohl zum Teil nur durch den Stupor vorgetäuscht, wenigstens zeigt Patientin das für katatonische Kranke so charakteristische Verhalten, daß sie aus dem Stupor aufgerüttelt, oft ganz korrekte Antworten gibt — vgl. Krankheitsgeschichte 6. August 92 —; bei einem Besuche der Mutter, am 13. November 92, sprach sie, erkundigte sich nach allen Angehörigen und deren Befinden, um sofort nach dem Besuche wieder in ihren Stupor zurückzuverfallen.

Anfang September 92 wich der Stupor, um allmählich einer manischen Erregung Platz zu machen, welche bis Anfang 94 anhielt. Anfangs war sie noch leidlich korrekt, hielt sich ordentlich, schrieb Briefe, lobte die Anstalt, dann wurde sie erregter, schimpfte, zeigte erhöhtes Selbstgefühl — sie kann alle Sprachen, hat alle Schriftsteller gelesen, vergl. 20. Januar 93. — Dann steigerte sich die Erregung bis zur Tobsucht, es traten dabei sexuelle Erregungen auf — vergl. 15. März 93 — und es kam oft bis zu einer blödsinnigen Zerstörungssucht — vergl. 20. April 92.

Seit Anfang 94 wurde Patientin allmählich ruhiger, und es herrschte von da an ein beständiger Wechsel zwischen Erregungszuständen und besserem Verhalten. Auch in den ruhigen Zeiten

Digitized by Google

blieb sie meist noch etwas exaltiert. Sie zeigte jetzt oft das charakteristische Symptom des Vorbeiredens; So belegte sie sich mit allerlei phantastischen Namen, sie ist Prinzessin Elvira, der Prinzregent etc., sie weiß aber dabei recht gut, wer sie ist, denn sie nennt oft mitten dazwischen ihren eigenen Namen, in charakteristischer Weise äußerte sie: „Ich kann die Leute nennen, wie ich will" (31. Mai 04). Sie ist sechs Jahre alt, ihre Mutter 26, sie weiß aber dabei ganz gut, daß 26 ihr eigenes Alter ist, denn sie fügt hinzu: „Meine Mutter ist 26 Jahre alt, nicht ich (31. April 95). Einen Maulwurf im Garten bezeichnete sie als ihr neugeborenes Kind.

Bis zum Jahre 97 zeigte sich ein beständiges Schwanken, Patientin war bald ruhig, reinlich und verhältnismäßig klar, bald leicht manisch, bald heftig erregt, aber immer mit dem Charakter des Schwachsinnes und der zunehmenden Verblödung. Besonders seit 97 nahm die Verblödung rapid zu, so daß Patientin schließlich den Eindruck einer tiefstehenden Idiotin machte.

Bis dahin war das Krankheitsbild und der Verlauf durchaus dem Bilde der Dementia praecox entsprechend. Nur ist der hohe Grad, welchen die Verblödung erreichte, einigermaßen auffällig. Indessen zeigten sich auch jetzt noch eine Reihe von katatonischen Symtomen, welche sehr gut in das Bild der Dementia praecox paßten und daher vorläufig keinen Zweifel an dem Bestehen dieser Krankheit aufkommen ließen. Die Unreinlichkeit wurde immer größer, Patientin zeigte negativistisches Widerstreben: sie sprach kein Wort mehr, sondern brachte nur unartikulierte Laute hervor. Seit 1901 bestanden ihre Entäußerungen meist nur in idiotenhaftem Schreien und Heulen. Abwechselnd bestand Nahrungsverweigerung und große Gefräßigkeit. Sie machte oft sonderbare theatralische Gesten, spitzte den Mund schnauzenförmig zu; beim Essen füllte sie den ganzen Mund so voll als möglich an, um dann die Speisen in mehreren Schlucken herunterzuwürgen. Alles das widersprach dem angenommenen Krankheitsbilde nicht. Daß es sich bei der Sprachlosigkeit nicht nur um einen psychischen Mutismus, sondern wohl um einen wirklichen Sprachverlust handelte, wurde erst aus dem späteren Verlaufe der Krankheit klar. Auffällig war immerhin eine seit Mitte

Digitized by Google

1900 auftretende Schwäche in den Beinen und das seit Juni 01 häufig beobachtete Erbrechen.

Erst seit August 02 änderte sich die Sachlage plötzlich. Es trat zuerst am 3. August 02 ein Anfall von Bewußtlosigkeit mit mangelhafter Herztätigkeit und krampfhafter Atmung auf. Da indessen durch ein zufälliges Zusammentreffen Patientin am Abend vorher eine Injektion von 0,002 Scopol. hbr. erhalten hatte, wurde dieser Anfall nicht sofort richtig aufgefaßt, sondern als Vergiftungserscheinung gedeutet. Als dann aber am 19. Februar 03 wieder ein solcher Anfall vom Typus der *Jackson*schen Epilepsie auftrat, dem später andere, gleiche Anfälle folgten, wurde es klar, daß es sich um ein organisches Hirnleiden handeln mußte.

Da die Zuckungen stets im rechten Brachiofacialisgebiet begannen, besonders stark in den Gesichtsmuskeln hervortraten, nur wenn sie heftiger wurden, auch das rechte Bein und nur selten die linke Körperhälfte in Mitleidenschaft zogen, da eine willkürliche Lähmung mit tonischer Muskelstarre und vasomotorischen Störungen im rechten Arm bestand, da es nahe lag, jetzt auch die Sprachlosigkeit, das Hervorstoßen von unartikulierten Lauten und das automatische Schreien und Weinen auf die gleiche Ursache zurückzuführen, so war ich geneigt, einen Tumor in der Gegend der unteren Zentralwindungen und des Schläfelappens der linken Seite anzunehmen. Eine durch Herrn Dr. *Salzer* hierselbst vorgenommene Augenuntersuchung ergab allerdings keine Stauungspapille, was aber nicht gegen einen Tumor sprach.

Es wurde infolgedessen die Möglichkeit einer Operation erwogen, doch erschien es uns von vornherein sehr zweifelhaft, ob überhaupt auf einen Erfolg zu rechnen sei. Da die Krankheit fast zehn Jahre bestanden hatte, bevor die ersten Symptome eines Gehirntumors auftauchten, da der Verlauf der Krankheit in diesen zehn Jahren das typische Bild der Dementia praecox bot, so nahmen wir an, daß Patientin tatsächlich an Dementia praecox erkrankt sei, und daß erst in den letzten Jahren ein Gehirntumor als zufällige Komplikation sich entwickelt hatte. Infolgedessen konnten wir auch von der Operation keine Heilung des psychischen Leidens erwarten. Es kam hinzu, daß der als Berater hinzugezogene Herr Dr. *Gudden* erklärte, er halte es durchaus nicht

Digitized by Google

für sicher, daß es sich um einen Tumor handle, es könne ebensogut eine multiple Sklerose sein, eine Möglichkeit, die ich allerdings nicht ganz von der Hand weisen konnte. Infolge dessen stellten wir den Angehörigen die Operation als den einzig noch möglichen Weg dar, um eine Besserung zu erzielen, ohne aber einen Erfolg mit Sicherheit versprechen zu können, wir enthielten uns dagegen jeglichen Zuratens oder Drängens. Ich wies vielmehr darauf hin, daß es überhaupt fraglich sei, ob bei einer Operation der Tumor gefunden würde, und ob selbst in diesem Falle eine Entfernung des Tumors möglich wäre, daß endlich die Operation den Tod herbeiführen oder beschleunigen könne. Daraufhin verzichteten die Angehörigen auf die Operation.

Wie wohl wir daran getan hatten, nicht besonders zur Operation zuzuraten, lehrte die Sektion. Ich hatte zwar die Genugtuung, einen Tumor zu finden, jedoch nicht links, wie vermutet, sondern in der rechten Hemisphäre. Es handelte sich um ein diffuses Gliom mit Blutungen und Erweichungsherden, welches die ganze rechte Hemisphäre durchwuchert hatte. Da die Pyramidenkreuzung vorhanden war, wie ich mich ausdrücklich überzeugte, so können also die klinischen Erscheinungen überhaupt nicht durch das Gliom, wenigstens nicht direkt verursacht sein. Es könnte sich also höchstens um eine Fernwirkung durch den vermehrten Druck gehandelt haben. Es könnten dadurch allerdings wohl die Allgemeinerscheinungen erklärt werden, aber kaum die Anfälle von *Jackson*scher Epilepsie, da gar nicht einzusehen ist, warum dieselben bei einer allgemeinen Druckwirkung gerade immer im rechten Brachiofacialisgebiet ihren Ausgangspunkt nehmen sollten. Die im letzten Jahre der Krankheit beobachteten Anfälle sowie die sie begleitenden Allgemeinerscheinungen deuten darauf hin, daß ein lokaler Reiz auch in den betreffenden Rindengebieten der linken Hemisphäre bestanden haben muß. Ein solcher ließe sich sehr leicht von der über die ganze Konvexität verbreiteten Meningitis ableiten. Es ist aber auch sehr wohl möglich, daß in der linken Hemisphäre selbst bereits Veränderungen bestanden, die nur noch nicht makroskopisch nachzuweisen waren, aber deshalb sehr wohl schon klinische Symptome gemacht haben können. Dafür, daß auch in der linken Hemi-

Digitized by Google

sphäre solche Veränderungen vorhanden waren, spricht der Umstand, daß sich trotz der ausgedehnten Erkrankung der rechten Hemisphäre kein deutlicher Unterschied in dem Aussehen der beiden Pyramidenstränge fand, daß vielmehr beide Stränge Degenerationsmerkmale aufwiesen.

Wenn man also die Krämpfe und Lähmungssymptome, welche die Kranke im letzten Jahre zeigte, nicht einmal dem großen Tumor der rechten Hemisphäre zur Last legen kann, dann hätte derselbe, abgesehen von den psychischen Erscheinungen, fast gar keine Symptome gemacht. Daß aber ein derartiger, eine ganze Hemisphäre durchwuchernder Tumor nicht die heftigsten Druckerscheinungen und die schwersten Lähmungen verursacht hätte, wäre gar nicht zu erklären, wenn man nicht eine sehr langsame Entwicklung der Geschwulst annimmt. Bedenkt man ferner, daß das ganze psychische Krankheitsbild von Anfang bis zu Ende eine zusammenhängende Kette klinischer Erscheinungen bildet, so ist doch die Annahme die am wenigsten gekünstelte und nächstliegende, daß der Symptomenkomplex der Dementia praecox durch den Tumor selbst hervorgerufen worden ist. Daß die körperlichen Symptome erst so spät sich geltend machten, ist aus dem langsamen Wachstum der Geschwulst wohl erklärlich.

In dieser Beziehung steht auch unser Fall nicht einzig da. So erwähnt *Oppenheim* in seinem Lehrbuche einen Fall von *Remak* und *Seiffer*, in welchem ein Tumor der Basis 15 Jahre bestand und trotz starker Kompression und Verdrängung des Kleinhirnes keine entsprechenden Herderscheinungen machte.

H. Vogelin (17) berichtet über einen Fall, in welchem ein von der Hypophyse in das Stirnhirn hineingewachsener Tumor, welcher mit entzündlichen Erscheinungen in anderen Hirngebieten vergesellschaftet war, sieben Jahre lang lediglich psychische Symptome verursacht hatte, religiöse Schwärmerei, dann melancholische Depression mit dem Stempel zunehmender geistiger Schwäche. Erst dann traten epileptische Anfälle auf und nach weiteren drei Jahren Tod durch Pneumonie.

Goodlife (8) berichtet über einen Blödsinn von 19 Jahren, bei welchem der Tod plötzlich unter Konvulsionen eintrat und einen Fall von Epilepsie von 14 Jahr Dauer, bei welchem plötz-

Digitized by Google

licher Tod unter biliösem Erbrechen, Collaps und Coma eintrat, ohne daß die bei der Sektion gefundenen Tumoren zu Lebzeiten spezifische Symptome gemacht hätten.

Weber (18) fand bei einer Patientin, welche seit elf Jahren an Epilepsie litt und die typischen Charakteranomalien aufwies, bei der Sektion einen Tumor des linken Occipitalhirnes, welcher bei Lebzeiten keine lokalen Symptome machte, und welchen er als Ursache der Epilepsie anspricht.

Was die psychischen Symptome bei Gehirntumoren betrifft, so vertreten die meisten Autoren den Standpunkt, daß außer einer einfachen Benommenheit oder Demenz keine spezifischen Symptome dem Gehirntumor zukommen. Die den Gehirntumor als Nebenerscheinung begleitenden psychischen Störungen hängen von der individuellen Disposition der Person ab und können dementsprechend sehr verschiedenartige sein. So sind halluzinatorische Psychosen, Delirien, Wahnideen, religiöse Schwärmerei, depressive Zustände mit Selbstmordneigung und Versündigungsideen, hysterische Psychosen, auch ein symptomatischer Korsakoff (*Mönkemöller* und *Kaplan* (12) beobachtet worden. Es hängt also die Form der psychischen Erkrankung nicht von der Art und dem Sitz des Tumors ab, es spielt vielmehr der Tumor die gleiche Rolle wie Kopftrauma und Hirnverletzungen, indem er die Disposition der befallenen Individuen steigert und so nur den äußeren Anstoß zu einer bereits im Keim vorhandenen Krankheit gibt.

Viele Autoren sind der Meinung, daß besonders Tumoren des Stirnhirnes psychische Erscheinungen machen, doch wird dieses auch von anderer Seite bestritten oder eingeschränkt. So hat z. B. *Bruns* (5) nicht den Eindruck, als wenn beim Sitz der Geschwulst im Stirnhirn die psychischen Symptome besonders ausgeprägt seien. Andere wie *E. Müller* (13) schieben den Umstand, daß bei Stirnhirntumoren besonders häufig psychische Erscheinungen beobachtet werden, mehr auf äußerliche Momente: Während Tumoren in den hinteren Teilen des Gehirnes durch die Schädigung lebenswichtiger Zentren schneller den Tod herbeiführen, können gerade Tumoren des Stirnhirnes Jahre lang wachsen und eine ansehnliche Größe erreichen, wodurch sie eine intensivere Schädigung der Gehirnrinde bewirken können.

Digitized by Google

Viele Autoren wollen der Witzelsucht eine besondere Bedeutung zumessen und sie zum Teil in sehr grob schematischer Weise auf eine Reizung des Sprachzentrums zurückführen — so *Höniger* (10) —, während andere in der allerdings häufig auftretenden Witzelsucht lediglich eine Nebenerscheinung der Demenz erblicken und darin nichts besonders charakteristisches finden, da die gleichen Symptome auch bei anderen Verblödungsprozessen nichts ungewöhnliches sind.

Ich bemerke, daß ich hier keine kritische Sichtung der Literatur vornehmen will, da über diese Punkte bereits eingehende Abhandlungen geschrieben worden sind, und ich begnüge mich daher damit, in der folgenden Literaturübersicht die hauptsächlichsten Arbeiten über dieses Gebiet aufzuführen.

Immerhin habe ich keinen Fall in der Literatur gefunden, welcher dem beschriebenen an die Seite zu stellen wäre, und in welchem ein derart einheitliches psychisches Krankheitsbild durch einen Hirntumor vorgetäuscht wurde. Doch ist auch das Vorkommen einer Dementia praecox bei Gehirntumoren nach dem Gesagten leicht erklärlich, wenn man annimmt, daß bei der Patientin bereits eine Disposition zu dieser Erkrankung bestand, so daß der Tumor nur den Anstoß zum Ausbruch der Krankheit gegeben hat. Daß eine derartige Disposition bei unserer Patientin bestanden hat, liegt sehr nahe, weil sie erblich stark belastet war und auch in ihrem Körperbau etwas idiotenhaftes hatte.

Zudem sind katatonische Zustandsbilder bei Kopftraumen, die ja in dieser Beziehung die gleiche Stellung einnehmen wie die Tumoren, häufiger beobachtet worden. *L. von Muralt* (16), welcher eine Reihe derartiger Beobachtungen machte, zieht daraus folgende Schlüsse: „Nach Kopfverletzungen kommen die verschiedensten klinischen Krankheitsbilder zur Beobachtung, je nach der Individualität der betroffenen Person. Traumatische Psychosen zeigen häufig katatonische Symptome und Zustandsbilder. Im Anschluß an Kopfverletzungen kommen auch reine Katatonien vor, die sich in Symptomen und Verlauf nicht von anderen Katatonien unterscheiden. Besonders solche Leute erkranken an reiner traumatischer Katatonie, bei denen Vorbedingungen zum Ausbruch einer solchen vorhanden waren". Es spielt also in diesen Fällen

Digitized by Google

das Kopftrauma die gleiche Rolle wie in unserem Falle der Gehirntumor. Ich selbst erinnere mich eines Falles, in welchem im unmittelbaren Anschluß an eine Explosion eine katatonische Demenz eintrat. Wenn in solchen Fällen häufiger Katatonien beobachtet sind, so hat das wohl einfach darin seinen Grund, daß ein Kopftrauma eine weit häufigere Erkrankung ist als ein Gehirntumor.

Was endlich die operative Seite betrifft, so will ich nicht verfehlen darauf hinzuweisen, daß in einer Reihe von Fällen psychische Störungen nach der Operation einer Hirngeschwulst verschwanden. Besonderes Interesse beansprucht wegen der Beziehungen zu unserem Falle der Fall von *Bonhöffer* (4), in welchem eine psychische Erkrankung vom Charakter der katatonischen Demenz, welche nach einer Kopfverletzung durch einen Granatsplitter aufgetreten war, nachdem sie sich im Laufe von 30 Jahren allmählich entwickelt und mit öfteren Remissionen bestanden hatte, durch Trepanation geheilt wurde.

Indessen lehrt unser Fall wie viele andere — vergl. darüber auch *von Bergmann* (3) und *Oppenheim* (15) —, daß man beim Anraten der Operation nicht vorsichtig genug zu Werke gehen kann, und daß man in keinem Falle, wie das auch *Bruns* (5) empfiehlt, zu einer Operation drängen soll.

Literatur.

1. *Auerbach*, Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXV 1902.
2. *Bayerthal*, Heilung akuter Geistesstörung nach Exstirpation einer Hirngeschwulst. Münchener med. Wochenschr. 1899, No. 46 S. 1537.
3. *von Bergmann*, Zur Kasuistik operativer Hirntumoren. Arch. f. klin. Chir. LXV, 4 S. 936, 1902.
4. *Bonhöffer*, Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes katatonisches Zustandsbild. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. No. 156 S. 15.
5. *Bruns*, Tumoren, unter Artikel „Gehirnkrankheiten" in Eul. Real-Encykl. 1895, Bd. XVIII S. 639.
6. *Deric* et *Courmont*, Un cas de gliome cérébral etc. Revue de Médecine 1897. Avril S. 269.
7. *Gianelli*, Gli effetti diretti ed indiretti dei neoplasmi encefalitici sulle funzioni mentali. Policlinico 1897, 15 Juli.

Digitized by Google

8. *Goodlife*, Notes on three cases of cerebral tumor occurring in the insane. Brit. med. Journ. 1898, Apr. 9 S. 946.
9. *Harrison*, Zur chirurgischen Behandlung Geisteskranker. Journ. of mental science Oct. 1902.
10. *Höniger*, Zur Diagnose der Geschwülste des Stirnhirns. Münchener med. Wochenschr. 1901, Heft 19 S. 740.
11. *Kaplan*, Über psychische Erscheinungen bei einem Falle von Tumor des Schläfelappens. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54 S. 957.
12. *Mönkemöller* und *Kaplan*, Symptomatischer Korsakoff und Rückenmarkserkrankung bei Gehirntumor. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56 S. 706.
13. *E. Müller*, Über psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirnes. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXI 1902.
14. *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1902.
15. *Oppenheim*, Zur Pathologie der Großhirngeschwülste. Arch. f. Psych. XXI S. 560 und 705, XXII S. 27.
16. *L. von Muralt*, Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII S. 457.
17. *Voegelin*, Beitrag zur Kenntnis der Stirnhirnerkrankungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LIV S. 588.
18. *Weber*, Un cas de tumeur du lobe occipital. Revue médic. de la suisse romande 1900 No. 3.
19. *Wollenberg*, Über Stirnhirntumoren. Vortrag, gehalten bei der 33. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte. Ref. in Zentrabl. f. Nervenheilk. u. Psych. No. 156 S. 48.

Digitized by Google

Geisteszustand Taubstummer.

Von

Dr. **Hermann Kornfeld,** Gerichtsarzt, Gleiwitz.

„Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besaß, ist freizusprechen."
St.G.B. § 58.

Die Geistesfähigkeiten Taubstummer werden in den Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin recht stiefmütterlich behandelt. *Puppe* (Der beamtete Arzt [*Rapmund*] S. 326) spricht summarisch von Jugendlichen und Taubstummen und meint, daß die obige Frage nach der Einsicht dem Sachverständigen häufig vorgelegt wird, obgleich sie ein rein juristischer Begriff ist.

Bei der Untersuchung letzterer wird man nun hauptsächlich auf die Übertragung des Taubstummenlehrers angewiesen sein. Nun ist aber schon von vornherein zu vermuten, daß Personen, welche nicht erst in der Kindheit durch Ohrleiden taub und dann stumm geworden sind, sondern taubstumm geboren sind, auch eine mangelhafte Gehirnentwicklung mit auf die Welt gebracht haben. Es wird also oft ein gewisser Schwachsinn bestehen, dessen Grad der Sachverständige zu beurteilen haben wird. In dieser Beziehung sind von Wichtigkeit:

Die Entscheidung des R.G. in St. vom 2. Dezember 1892. (Bd. 23 S. 351.)

„Das Vorhandensein der erforderlichen Einsicht ist ausdrücklich festzustellen. Das Strafgesetz geht davon aus, daß jeder normal organisierte Mensch, welcher das vom Gesetze angenommene Alter der geistigen und sittlichen Reife mit der Vollendung des 18. Lebensjahres erreicht hat, die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer Handlung erforderliche Einsicht besitzt.

Digitized by Google

und legt diese Voraussetzung seinen Bestimmungen im allgemeinen zugrunde. Deswegen darf der Richter im Regelfalle davon Abstand nehmen, diese notwendige allgemeine Voraussetzung für die Strafbarkeit einer Handlung ausdrücklich in den Urteilsgründen zu erörtern und festzustellen.

Das Urteil vom 1. Dezember 1893. (Goltd. Arch. Bd. 11 S. 412.)

„Nur die Einsicht, also das Verständnis, welches eine solche Erkenntnis (sc. seiner Handlung überhaupt als einer strafbaren) ermöglicht, muß er besitzen; es ist gleichgültig, ob es sich um eine nach verschiedenen rechtlichen Begriffen strafbare Tat handelt. Nun muß man zugeben, daß bei den verschiedenen Reaten infolge ihres Wesens und Charakters auch ein verschiedener Grad der geistigen Entwicklung des Täters für das Erkennen der Strafbarkeit daraus nötig ist. Ob er jedoch im Einzelfalle den für die Erkenntnis erforderlichen Grad seiner geistigen Entwicklung erreicht hatte, kann nur aus den Umständen des einzelnen Falles gefolgert werden und ist deshalb Sache der tatsächlichen Feststellung."

Ferner: R.G. Entsch. Bd. XV S. 97 (1886): „Es ist ganz unerheblich, ob die Tat dem Sittengesetze widerstreitet; es wird der nötige Grad der Verstandesentwicklung, nicht das zum rechtlichen Handeln erforderliche Maß sittlicher Bildung erfordert." Und R.G. (in Rechtspr. d. D. R.G. V 512. 1883): „Kenntnis vom Verhältnis der Tat zum bestehenden Recht, die bestimmte Vorstellung oder Überzeugung von der bürgerlichen Straffälligkeit eines bestimmten Verhaltens wird nicht erfordert."

In den Motiven zu obigem Paragraphen heißt es: „Der Täter muß zu erkennen imstande gewesen sein, daß seine Pflicht die Unterlassung der speziellen Handlung fordere, und er durch Begehung derselben sich einer Kriminalstrafe aussetze." Es genügt nicht (nach *Oppenhof*, von andern bestritten), daß der Täter im allgemeinen Gutes von Bösem, Recht von Unrecht, Erlaubtes von Unerlaubtem zu unterscheiden vermag. *Oetker* hat — Goltd. Arch. 1900 — die prozessualen Schwierigkeiten der §§ 56—58 behandelt. Kontrovers ist, ob in „Einsicht" ein Erfordernis der Zurechnungsfähigkeit überhaupt (ein prozessuales Privilegium) zu finden ist, oder eine noch neben letzterer erforderliche besondere Qualifikation. *Olshausen* (St.G.B. 1901) ist letzterer Ansicht. Andererseits ist die Bejahung der Einsicht nicht genügend, um die Zurechnungsfähigkeit des Strafunmündigen zu begründen. Die Erkenntnis der Strafbarkeit ist kein allgemeines Requisit der Zurechnungsfähigkeit (R.G. II Bd. 14 u. V Bd. 97).

Noch zuzufügen ist, daß der Nachweis des zur Straftat erforderlichen Dolus meist genügt; trotzdem kann die Einsicht fehlen (R.G. E. III Bd. 198).

Vgl. nach *Kroschel*: Feststellung der Einsicht, Gerichtssaal 1902 Bd. 61 1 u. 2, und Entsch. Bd. XXXI 161. Goltd. Arch. Bd. 38 S. 354 u. alis.

Bezüglich der Urteile ist noch hervorzuheben, daß eine Milderung der Strafe, wie bei Jugendlichen (§ 57), bei Taubstummen nicht vorgesehen ist, und daß dem Richter auch nicht gestattet ist, die Unterbringung des freigesprochenen Taubstummen in eine Anstalt anzuordnen.

Digitized by Google

Bemerkenswert ist es, daß, abweichend von § 51, die Frage nach der Beschaffenheit des Willens bei Strafunmündigen nicht besonders berücksichtigt wird, während nach einem Urteil des R.G. auch bei Gesunden und Strafunmündigen ganz allein der Wille gelähmt sein kann, doch muß dies einer besondern Besprechung der Auffassung des „Willens" im C. u. St.G.B. vorbehalten bleiben.

Unfraglich berührt die Begutachtung des Geisteszustandes Taubstummer die tiefsten Probleme des Strafrechts sowie grundlegende Fragen der Psychologie. Schließt eine angeborene Taubstummheit die Fähigkeit zu einer durchschnittlichen Geistesentwicklung, auch trotz Unterricht, immer oder in der Regel aus? Ist Ersatz durch andere Sinne genügend zu erreichen, um den Taubstummen die in § 56 erforderte Einsicht zu verschaffen? Die vorhandene Kasuistik trennt, nach Verf.s Ansicht, doch nicht genügend, die von Geburt an Taubstummen von den erst nachträglich taubstumm Gewordenen, also die präsumptiv normal Veranlagten und die bezw. schon einmal eine große Reihe von Gehörseindrücken, wenn auch sehr früh, erworben hatten. Jedenfalls dürfte es gerechtfertigt sein, die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Taubstummen, von denen ja gesetzlich die volle Entwicklung des moralischen Sinnes auch im strafmündigen Alter präsumiert wird, einer weiteren Prüfung zu unterziehen und Beiträge zu ihrer Klärung zu geben. Als solche sollen folgende zwei Fälle dienen.

I. Gutachten betreffend die unverehelichte A. C., zurzeit in Untersuchungshaft im hiesigen Gerichtsgefängnis.

Requisition des Herrn Ersten Staatsanwalts von 1904.

Vorgänge.

Über das Vorleben der Angeschuldigten ergibt sich aus den Akten:

Sie ist den 28. Mai 1877 geboren, wie sie selbst richtig niederschreibt. Von ererbter Anlage zu einer Geistesstörung ist nichts bekannt. 1887—1893 wurde sie in der Taubstummenanstalt zu R. unterrichtet. Sie hat, wie sich zeigt, dort lesen, schreiben, weibliche Handarbeiten erlernt und eine Reihe von Kenntnissen bezüglich Religion, Sitte, Geldverhältnisse u. a. erworben. Weiterhin hat sie durch Waschen, Stricken und dergl. sich etwas verdient. Vom Jahre 1899 ab kommt sie wegen ihres Lebenswandels mit der Polizei und den Gerichten in Konflikt, ist oft in das hiesige Polizeigefängnis eingesperrt gewesen und gerichtlich neunmal vorbestraft; darunter im April 1901 und 1902 mit Überweisung von einem halben bezw. einem Jahr in das Arbeitshaus zu Sch. Sie hat, wie sie mir speziell auf Befragen hinschrieb, „früher"

Digitized by Google

gebettelt; sie hat getrunken, sich arbeits- und obdachlos herumgetrieben, durch Lärm und anstößiges Benehmen Ärgernis gegeben, Unzucht gewerbsmäßig getrieben und sich der ihr erfolgten Kontrolle stets entzogen.

Vor einigen Jahren hat sie einem Manne, angeblich wegen der nicht erfolgten vorher von ihr beanspruchten Aushändigung, die goldene Uhr fortgerissen und, wie sie selbst behauptet, aus Wut in den Abort geworfen, aber, wie das Schöffengericht als erwiesen annahm, „mit großer Dreistigkeit und ohne Not rechtswidrig weggenommen". Sie machte damals, als der Bestohlene die Uhr zurückverlangte, einen solchen Lärm, daß dieser sich entfernte, hat die Uhr jemandem gegeben und ist sofort von M. nach K. gefahren. Sie ist dann steckbrieflich verfolgt und in Z. aufgegriffen worden. Gegenwärtig ist sie angeklagt, im November 1900 ein Kind in K. und am 2. April d. J. ein Kind aus G. durch Gewalt in gewinnsüchtiger Absicht entführt zu haben. Diese strafbaren Handlungen fanden unter folgenden Umständen statt.

Die Entführung in K.

Die Angaben der angeblich seit 1893 nicht vollsinnigen oder wenigstens zeitweise, infolge Trunks, gestörten Mutter des Kindes widersprachen sich teilweise. Am 10. November 1900, gibt diese an, kam die Angeschuldigte zu ihr, um sich Hände und Gesicht bei ihr zu waschen. Nach dem Abwaschen nahm sie das eine kleine Kind mit unter dem Vorgeben, ihm in der Stadt Bonbons oder, wie die Zeugin D. aussagt, eine Schürze zu kaufen.

Sie kam aber nicht wieder. Am Vormittag hatte sie geäußert, sie wolle nachmittags nach K. fahren. Das Kind wurde ihr nachträglich natürlich in Z. am 12. November abgenommen. Vor dem Weggehen legte sie ihren Winterkragen ab und ließ sich von der Mutter des Kindes den Sommerkragen geben, um nicht von den Polizisten erkannt zu werden, die wegen ihres nächtlichen Treibens hinter ihr her seien. Die Aussage des Vaters des Kindes ist belanglos und der der Mutter zum Teil widersprechend.

Das fünfjährige Mädchen, welches angab nur zwei Jahre alt zu sein, sagte aus: Die Frau wollte sich ein Kleid kaufen. Geschlafen haben wir im Hofe. Später: In Abwesenheit der Mutter hätte die Frau ihr 5 Pf. gegeben; und dem anwesenden Vater angedeutet, sie wolle das Kind mitnehmen etc. In Z. hätte sie die erste Nacht mit der Frau bei einem Herrn übernachtet, die zweite wäre sie von ihr in einen Stall gebracht und am andern Morgen abgeholt worden.

Nach der Entführung soll die Mutter der Zeugin D. erzählt haben, das Kind hätte gesagt, die Angeschuldigte habe es auf der Reise ertränken wollen.

Die Entführung aus G.

Am 3. April d. J. früh wurde die Angeschuldigte mit einem 2½ Jahre alten Jungen, der so durchgefroren war, daß er am ganzen Körper zitterte, in Z. wegen Herumtreibens verhaftet. Nach Aussage der Mutter und des älteren Bruders war sie am 2. April in der Wohnung der ersteren gekommen und hatte durch Zeichen zu verstehen gegeben, daß sie Wasser zum Waschen brauche. (Vgl. die Aussagen über die gleiche Einleitung zu der Entführung

Digitized by Google

des Kindes in K.) Sie ist dann mit in die neue Wohnung gegangen, wollte sich bei ihr einmieten und mußte mit Gewalt aus der Stube geführt werden. Während die Eltern wegen des Umzuges in die alte Wohnung gingen, riß sie das widerstrebende Kind auf der Straße von dem Bruder los und verschwand. Die von mir nachträglich noch einmal befragte Zeugin fügte noch Einzelheiten über das aufdringliche Benehmen der Cz. hinzu, und daß diese ihr nicht ganz nüchtern erschienen sei, aber anfangs den Eindruck einer anständigen Person gemacht habe. Über den bisherigen Zustand der Angeklagten finden sich folgende Angaben in den Akten. Anstaltsdirektor *Schwarz*: „In der Taubstummenanstalt zeigte sie geringe Begabung und war eine schwache Schülerin." Bei den Verhandlungen 1900 und 1901 äußerte er keine Bedenken bez. des Geisteszustandes.

Zeugin D.: „Wenn sie einen getrunken hat, macht sie Dummheiten; sonst merkt man ihr nichts an."

Polizeiliche Vernehmung 1900: „Sie besitzt die zur Erkenntnis ihrer Tat nötige Einsicht."

Schöffengericht 8. März 1900: „Sie hat in der Hauptverhandlung einen derartigen Eindruck gemacht, daß das Gericht auch nicht den geringsten Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit gehabt hat."

Schöffengericht 10. Januar 1904: „Sie hat die erforderliche Einsicht. (Wegen Entziehens aus der Kontrolle bestraft.)"

Arbeitshaus Sch.: „Sie hat während ihres Aufenthalts nur zweimal Anlaß zu Klagen und zur Bestrafung gegeben, auch bei der Einlieferung sich albern benommen; sonst hat sie nichts Auffälliges gezeigt."

Polizeiverwaltung G.: „Die Cz. hat früher sehr oft Unfug getrieben, sich auf den Straßen schamlos und wie eine Irrsinnige benommen und sich permanent der Kontrolle entzogen.

Frau Gefangenaufseherin J.: „Sie war im Gefängnis in ihrem Benehmen wechselnd, bald fleißig, bald zur Arbeit nicht zu bewegen, bald heiter, bald verzweifelt, heftig, oft trotzig und widersetzlich. Auf die Entführung in Z. gebracht, weist sie es immer energisch ab, das Kind mit Gewalt genommen zu haben; es hätte sich an sie angeklammert. Das ihr übergebene Kontrollbuch hätte sie sofort weggeworfen. Sie brauche nicht zur Kontrolle zu gehen, sie werde einen Taubstummen in P. heiraten.

Die Angeschuldigte hat die Entziehung aus der Kontrolle immer zugegeben. Dagegen hat sie die Entführung aus G. stets so dargestellt, daß das Kind sich an sie angeklammert hätte. Die aus K. will sie in Trunkenheit vorgenommen haben.

Gegenwärtiger Zustand.

Die Angeschuldigte sieht ihrem Alter von 26 Jahren entsprechend aus, ist wohlgewachsen, gesund und bis auf eine Bildungsabweichung des Zungenrückens frei von sogenannten Degenerationszeichen. Ihrem Wesen, Unterhaltung, Gesichtsausdruck, den Blicken nach würde man, insbesonders ein Laie, nicht auf die Vermutung kommen, daß sie geistig nicht normal ist. Sie

Digitized by Google

wird indes leicht heftig und mußte auch während der Vernehmung immer wieder von dem Herrn Taubstummenlehrer beruhigt werden. Das, was sie schriftlich zu den Akten gegeben hat, ist teils zutreffend, teils unverständlich. Eben dies kann man sagen von den Antworten in dem Termine am 3. Juni 1904 mündlich und bei der sehr kurzen Vernehmung am 24. Juni 1904 auf Befragen (ungefragt spricht sie gar nicht). Über den Umfang ihrer Geistesfähigkeit zu urteilen ist schon darum so sehr schwer, weil bei den Vorbesuchen die Verständigung schriftlich zu erfolgen hatte, weil sie leicht ermüdete und weil ihre Aufmerksamkeit nur kurz zu fixieren war. Nach einigen Zwischenfragen schien sie die erste Frage vollständig vergessen zu haben. So hat sie bei den immer wieder wiederholten Fragen, ob es unrecht war, die Kinder mitzunehmen, anfangs bald bejahende, bald verneinende Zeichen gemacht, schließlich aber die Frage ja oder nein dahin verstanden (?), daß mit nein der Wein bei der Kommunion gemeint sei. Sie zeigte sich jedenfalls orientiert über ihre Umgebung, kennt das Datum ihrer Geburt, den heutigen Tag, kann die Zeit nach der Uhr bestimmen, die Geldsorten erkennen und zusammenrechnen, weiß, sie sei katholisch und daß man arbeiten, nicht stehlen solle. Sie meint, daß sie wieder zwölf Monate Schweidnitz (Arbeitshaus) bekommen würde, worüber sie sehr betrübt ist; und zwar „wegen sich Entziehens der Kontrolle". Bezüglich der Entführungen bleibt sie energisch bei ihren früheren Aussagen.

Gutachten.

In dem Termin am 13. Juni 1904, zu dem der am 24. Juni 1904 nichts Neues von Erheblichkeit zufügte, ist mir die geistige Gesundheit der Angeschuldigten zweifelhaft gewesen, weil es ungeachtet der großen Mühe des Herrn Direktors der Taubstummenanstalt nicht möglich war, von ihr etwas über die Beweggründe der beiden Entführungen zu erfahren, weil sie auf geeignetes, eindringliches Befragen, womit sie den Hunger des Kindes aus K. zwei Tage lang gestillt habe, immer wieder angab: Zucker, weil die Art der Entführung und das fernere Verhalten so ungemein plump und unverständlich schien, weil die sehr zahlreichen Bestrafungen nicht die geringste Wirkung gehabt hatten, Rückfälle zu verhindern, und endlich, weil manche Antworten von so wenig Verständnis zeugten, daß es angezeigt schien zu untersuchen, ob Simulation oder Schwachsinn vorliege. So hat sie in dem Termin am 24. Juni 1904 ebenso wie bei den Vorbesuchen bezüglich der Entführung aus G., außer der Entschuldigung, daß das Kind sich an sie gehängt habe, immer wieder wie früher auch die angegeben, daß sie ein Mann mit der Faust ins Auge geschlagen hatte, so daß sie nicht sehen konnte.

Auf Grund des vorliegenden Materials muß ich zuerst meine Überzeugung dahin äußern, daß die Angeschuldigte nicht geisteskrank ist. Sie hat weder Wahnvorstellungen noch Sinnestäuschungen, noch eine krankhafte Gemütsverfassung, noch vorübergehende Zustände von Bewußtlosigkeit. Was in dieser Beziehung von der Polizeiverwaltung in G. berichtet wird, dürfte sich sicher wohl nur auf Alkoholwirkung beziehen.

Digitized by Google

Weiterhin kann es nicht zweifelhaft sein, daß die Angeschuldigte auf einer sehr tiefen Stufe der Moral steht: sie ist schamlos, trinkt gern, setzt sich über die Anordnungen der Obrigkeit gleichgiltig weg (indem sie sich z. B. konsequent der Sittenkontrolle entzieht), lügt, gerät leicht in Wut und ist durchaus jeder rechtlichen gewinnbringenden Tätigkeit abgeneigt.

Was die angeschuldigten Handlungen betrifft, so können dieselben an und für sich nicht beweisen, daß die Angeschuldigte nicht im Besitz ihres freien Willens bei ihrer Ausführung gewesen ist. Es ist indes schwer ein Motiv zu finden, und ihr Verhalten ist mindestens befremdend. Von Bettel, zu dem sie das Kind hätte benutzen können, steht nichts in den Akten; bei der Prostitution müßte eigentlich das Kind eher hinderlich gewesen sein, und bei ihrer Mittel- und Domizillosigkeit mußten ihr die Kinder doch noch eine Last sein. Wenn sie in ihrer auffälligen roten Bluse, als Taubstumme, fast nur fähig sich durch Zeichen verständlich zu machen, mit einem Kinde aus G. nach Z. fährt und sich in der Nacht dort herumtreibt, mußte sie sich doch bei der geringsten Überlegung sagen, daß sie sofort gefaßt werden würde. Andernfalls könnte man auch gewisse Motive geltend machen. Nach dem Eindruck, den die Erzählung der Mutter des Kindes aus G. auf mich machte, halte ich es für möglich, daß sie wegen Verweigerung des Logis sich hat rächen wollen. Etwas ähnliches kann vielleicht in K. vorgegangen sein. Möglicherweise hat sie auch blos einer plötzlichen Laune folgend das Kind mitgeschleppt.

Wenn sie nun aber, um nicht von der Polizei erkannt zu werden, ihren Kragen vertauscht, wenn sie als Ziel der Reise K. statt Z. angibt, wenn sie das Kind aus K. in einem Stalle unterbringt und am nächsten Morgen abholt, wenn sie entgegen ihrer Angaben nach den Zeugenaussagen in K. sicher nicht betrunken, wenn sie in G. höchstens angeheitert gewesen ist, so folgt daraus unzweifelhaft, daß sie bei den Entführungen nicht durch die Voraussetzungen des § 51 ihres freien Willens beraubt war.

Das beharrlich geäußerte Anklammern des Kindes an sie bei der Entführung aus G., das Bestehen auf einen ihr zugefügten, sie am Sehen verhindernden Faustschlag beweist ferner, daß sie sehr wohl imstande ist, das Fortführen der Kinder als etwas Strafbares anzusehen. Mögen die Motive von geistiger Beschränktheit und Schwäche zeugen, mag ihr Verhalten bis zur Wegnahme der Kinder und ihre Versuche sich zu exkulpieren noch so albern erscheinen, die Entwicklung ihrer Geisteskräfte ist immerhin genügend gewesen, um sie erkennen zu lassen, daß sie etwas Unrechtes getan hatte. Irgend eine Spur von Reue über diese Entführungen, von Mitleid über die Angst der Eltern und die Bangigkeit der Kinder war nie bei ihr zu entdecken.

Die mir vorgelegten Fragen beantworte ich dahin:

1. Die Angeschuldigte ist nicht geisteskrank und bei Begehung der angeschuldigten Taten nicht im Sinne des § 51 zurechnungsunfähig gewesen.

Digitized by Google

2. Ihre geistigen Fähigkeiten sind genügend entwickelt, um sie die Strafbarkeit derselben erkennen zu lassen.

Hinzugefügt wird, daß die Angeschuldigte infolge ihres explosiven Charakters, ihrer perserven Neigungen, der sehr unvollständigen geistigen Ausbildung infolge von Taubstummheit und angeborener geistiger Schwäche zu den sogenannten minderwertigen Personen gehört, sie wird m. E. sich in einer Anstalt, wo sie keinen Alkohol bekommt, sich der Hausordnung zu fügen hat, sich nichts zu verdienen braucht und keine Gelegenheit zur Unzucht findet, zu wesentlichen Zweifeln über ihren Geisteszustand keine Veranlassung geben.

Die Irrenanstalt würde nur einen mäßigen Grad von geistiger Schwäche und von sogenanntem moralischen Irrsinn feststellen. Außerhalb einer Anstalt würde sie m. E. wohl sofort wieder rückfällig werden.

Da unter den Vergehen wiederholter Kinderraub figuriert, da ihr schamloses Anlocken die öffentliche Ordnung und die Sittlichkeit erheblich stört, so ist sie jedenfalls auch als gemeingefährlich zu erachten.

In der Hauptverhandlung wurde sie, und zwar nur wegen der zweiten Entführung, zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt. In letzterem hat sie sich bisher im allgemeinen ruhig, folgsam und arbeitsam gezeigt; mitunter vorübergehend eigensinnig und heftig.

Digitized by Google

Nachweisung

derjenigen Personen, welche in den Jahren 1901 bis einschl. 1903 auf Grund des § 81 der Strafprozeßordnung und des § 656 der Zivilprozeßordnung infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand in öffentlichen und Privatirrenanstalten[1]) beobachtet worden sind.

Provinz	Anzahl der beteiligten Anstalten	Erwachsene: männliche Personen	Erwachsene: weibliche Personen	Jugendliche (unter 18 Jahren): männliche Pers.	Jugendliche (unter 18 Jahren): weibliche Pers.	Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Sp. 7) wurde eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit erachtet: als vorhanden bei	als nicht vorhanden oder unbestimmt bei
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Preußen	2	*8* 34	*1* 14	2	1	*9* 51	*9* 35	16
Bayern	4	14	7	—	—	21	9	12
Königliche Park und Anlagen d. Stadt Berlin								
Berlin	3	*2* 167	*1* 22	2	—	*3* 191	*3* 136	55
Sachsen	5	*2* 49 **1**	8	*1* 7	—	*3* 64 **1**	*2* 47	*1* 17 **1**
Württemberg	4	*2* 59	*1* 5	—	—	*3* 64	*3* 46	18
Baden	3	*1* 29	5	—	—	*1* 34	*1* 12	22
Hessen	10	*6* 132	*2* 32	3	3	*8* 170	*8* 139	31
Elsaß	5	*1* 49	*2* 9	—	1	*3* 59	*2* 34	*1* 25
Schleswig-Holst.	1	*3* 28	*1* 4	—	—	*4* 32	*4* 32	—
Hannover	4	*11* 66	*1* 13	1	—	*12* 80	*7* 45	*5* 35
Sachsen	5	*5* 79 **6**	*1* 10	9	6	*6* 104 **1**	*2* 77	*1* 27 **1**
Hessen-Nassau	3	*7* 61	*1* 7	—	2	*8* 70	*6* 52	*2* 18
Rheinprovinz	11	*21* 121 **9**	*5* 21 **3**	2	—	*26* 144 **12**	*24* 95 **12**	*2* 49
Hohenzollernsche Lande	1	1	—	2	—	1	1	—
Zusammen	69	*69* 889 **16**	*16* 157 **3**	*1* 26	13	*86* 1085 **14**	*71* 760 **12**	*15* 325 **2**

[1]) Die in den einzelnen Zahlen enthaltenen Angaben über die auf Grund des § 656 der Zivilprozeßordnung aufgenommenen Personen sind *kursiv*, über die in Privatanstalten beobachteten Personen **fett** gedruckt.

Digitized by Google

Simulation von Geistesstörungen.

Von

Dozent Dr. **Ernst Bischoff**, Klosterneuburg.

Die Simulation ist bekanntlich die sogenannte willkürliche Verstellung zum Zwecke der Vortäuschung eines Krankheitszustandes. Es ist jedoch nicht immer leicht zu entscheiden, ob ein Fall als Simulation oder als einfache Lügenhaftigkeit ohne Absicht, eine Krankheit vorzutäuschen, zu deuten ist. Bei weitem am meisten wird von den Angeklagten vor dem Strafrichter gelogen. Hier handelt es sich vorerst darum festzustellen, ob „ohne Grund", aus bloßer Lügenhaftigkeit, oder zum Zwecke der Ableugnung des Delikts oder endlich in der Absicht, geisteskrank zu erscheinen, gelogen wird. Wenn man dies versucht, findet man häufig, daß sich die Simulation allmählich aus der Lügenhaftigkeit entwickelt: auffallende Verlogenheit, hartnäckiges Leugnen der Tat oder die Behauptung, von derselben nichts zu wissen, rufen nicht selten den Verdacht hervor, daß eine Geistesstörung vorliegen könnte. Wenn der Delinquent dann den Psychiatern zur Untersuchung übergeben wird, nimmt er alsbald seinen Vorteil wahr und beginnt Geistesstörung zu simulieren. In diesem Falle findet ein allmählicher Übergang von der Verlogenheit zur Simulation statt. Die Frage: Simulation oder Lügenhaftigkeit? läßt sich in anderen Fällen überhaupt nicht beantworten und zwar dann, wenn der Delinquent einfach behauptet, von seinem Delikt und dem Zeitraume, in welchem dasselbe geschah, nichts zu wissen. Wenn dieses Verhalten beobachtet wird, um glauben zu machen, daß zur Zeit des Deliktes Sinnesverwirrung vorlag, dann ist es Simulation, während Lügenhaftigkeit vorliegt, wenn andere Gründe dafür maßgebend

Digitized by Google

waren, z. B. die Hoffnung, daß der Indizienbeweis mißlingen werde und ähnliches. Da aber die Angeklagten über die Motive ihres Verhaltens keine Auskunft geben, muß die Frage, ob Simulation vorliegt, in allen jenen Fällen unentschieden bleiben, in welchen nicht ein früheres Geständnis oder andere Nebenumstände es ermöglichen, dieselbe in positivem Sinne zu entscheiden. Die Fälle, welche in diesem Sinne der Simulation verdächtig werden, sind relativ sehr häufig. Die Einbeziehung der vorgetäuschten vorübergehenden Sinnesverwirrung in die Erörterung der Simulation erscheint aus praktischen Gründen notwendig, da derartige Simulationsversuche viel öfter vorkommen, als die Simulation fortdauernder Geisteskrankheit und weil sie häufig sehr schwer zu beurteilen sind.

Wir müssen daher zwei allerdings durch mannigfache Übergänge verbundene Arten der Simulation namhaft machen: 1. die Vortäuschung bestehender Geisteskrankheit und 2. die Vortäuschung von Sinnesverwirrung in der Vergangenheit, zumeist zur Zeit des Deliktes.

Das Motiv der Simulation ist in der Regel das Streben, der Bestrafung zu entgehen. Den Wunsch nach Straflosigkeit hat aber mit ungeheuer seltenen Ausnahmen jeder Verbrecher, und unter allen diesen versuchen doch nur wenige zu simulieren. Es erhebt sich daher die Frage, warum gerade diese wenigen zu simulieren versuchen. Man findet nicht selten die Ansicht vertreten, daß nur geistig Abnorme simulieren. Eine etwas umfangreichere Erfahrung lehrt aber, daß dem nicht so ist, daß auch Leute simulieren, welche wenigstens bis dahin keine Zeichen geistiger Abnormität aufwiesen. Auch eine allgemeine Betrachtung der geistigen Eigenschaften normaler Menschen führt zu der Annahme, daß die Simulation aus normalen geistigen Anlagen hervorgeht, in angeborenen Eigenschaften des Menschen begründet ist. Das Simulieren ist ja nichts anderes als eine Art des Lügens und dieses wird ganz allgemein bei Menschen, ja auch bei Tieren beobachtet als Mittel der Selbsthilfe, als lustbetonte Äußerung der Phantasietätigkeit, kurz als Produkt des normalen egoistischen Triebes. Es kann daher ohne Zweifel der normale Mensch durch bestimmte äußere Gründe zur Simulation veranlaßt werden. Wenn die Erfahrung lehrt, daß

Digitized by Google

unter den Simulanten geistig abnorme Menschen gefunden werden, dürfen wir uns nicht verleiten lassen, anzunehmen, daß alle Simulanten abnorm sind, sondern wir müssen nach den Gründen suchen, warum unter den Simulanten mehr abnorme Menschen sind als unter Nichtsimulanten. Diese Gründe dürften hauptsächlich folgende sein: Geistig Abnorme kommen viel häufiger als Gesunde in Verhältnisse, welche die Entstehung der Simulation begünstigen, sie haben oft einen ein- oder mehrmaligen Aufenthalt in der Irrenanstalt, wo sie sich mit Geisteskranken bekanntmachen konnten, hinter sich. Sie wissen, daß der Geisteskranke strafgerichtlich immun ist und erinnern sich dieses Umstandes viel leichter, als Leute, die nie in Irrenanstalten waren. Jene Abnormen, welche noch nicht in Irrenanstalten waren, haben gewiß auch öfter als Normale Gelegenheit gehabt, an ihren Verwandten Wesen und Formen der Geisteskrankheit zu beobachten. Der Abnorme gerät daher leichter auf den Einfall der Simulation, er schreitet aber auch leichter zur Ausführung dieses Einfalles, weil er über jene Erfahrungen verfügt, welche ihm die Zuversicht geben, mit der Simulation Erfolg zu haben. Geistig Abnorme werden aber auch unter sonst gleichen Umständen viel eher vom Untersuchungsrichter den Psychiatern zur Untersuchung übergeben als Normale, weil der Richter sich gerade dann veranlaßt sieht, nicht selbst ein Urteil über die Zurechnungsfähigkeit zu schöpfen, wenn von dem Delinquenten Abnormes bekannt geworden ist. Es sind daher mehrere äußere Gründe dafür maßgebend, daß der Gerichtsarzt unter den Simulanten viele Abnorme findet. Doch gibt es auch Krankheitszustände, welche an und für sich die Neigung zur Simulation mit sich bringen: die Hysterie und die Neurasthenie. Erstere veranlaßt oft, ohne daß eine gerichtliche Untersuchung im Zuge wäre, den Kranken, allerlei körperliche Störungen und nervöse Erscheinungen zu simulieren, ebenso aber auch, Dämmerzustände und hysterische Anfälle zu imitieren; letztere, insbesondere die sogenannte traumatische Neurose, ist hauptsächlich durch Übertreibung vorhandener Krankheitserscheinungen charakterisiert. Die Abgrenzung derartiger Simulation gegenüber hypochondrischen Wahnideen ist freilich oft nicht mit Sicherheit zu erzielen. Von großer Bedeutung für die Beurteilung der Simulation vor dem

Digitized by Google

Strafrichter ist jedoch schon die Erfahrung, daß die sogenannte traumatische Neurose die Neigung zur Simulation steigert, denn es ist heute schon allgemein anerkannt, daß diese Neurose nicht allein durch einen körperlichen Unfall, sondern vorwiegend, vielleicht ausschließlich durch psychische Ereignisse hervorgerufen wird, zumeist durch den Affekt des Schrecks beim Unfall und durch die Gemütsverstimmung anläßlich der folgenden Erwerbsunfähigkeit, durch den Kampf um eine entsprechende Entschädigung. Man findet häufig unter Nervenkranken Leute, welche niemals einen Unfall erlitten haben und doch jene Symptome bieten, welche die traumatische Neurose charakterisieren sollen. Es sind das ihres Berufes überdrüssige Leute, welche im Falle der Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf Pension oder Provision haben. Irgend ein unbedeutendes körperliches Leiden wird von ihnen übertrieben, sie behaupten, durch dasselbe arbeitsunfähig geworden zu sein und sind überzeugt, durch ihre Berufstätigkeit krank geworden zu sein. Sie deduzieren daraus ihren Anspruch auf Pensionierung; wenn der Erfolg sich nicht bald einstellt, entwickeln sich die Symptome der schweren Neurasthenie. Nach erfolgter Pensionierung pflegen die nervösen Erscheinungen rasch zu schwinden, und das körperliche Leiden hindert weiter nicht, irgend einem Nebenerwerb nachzugehen. Diese Fälle zeigen, daß Übertreibung und Simulation auf dem Boden der einfachen Nervosität gedeihen, wenn die Aussicht vorhanden ist, hierdurch einem erwünschten Ziele näherzukommen.

Gleichartige Bedingungen liegen zumeist der Simulation vor dem Strafgerichte zugrunde. Den betreffenden Angeklagten fehlt oft das Bewußtsein der Schuld, welches allein geeignet ist, den Verbrecher zu veranlassen, die drohende Strafe als gerechte Sühne resigniert und ohne Widerstreben zu erwarten. Sie machen für ihre Verbrechen das Schicksal, die äußeren Verhältnisse oder jene Personen, an welchen sie das Verbrechen begangen haben, verantwortlich und sehen in ihrem Verbrechen nur eine berechtigte Tat der Selbsthilfe, wenn sie auch einsehen, daß es nach dem geltenden Rechte strafbar ist. Sie glauben an eine höhere Gerechtigkeit und wehren sich, so gut sie können, gegen die Anwendung der Gesetze auf ihr Delikt, da sie dieses als außerhalb des ge-

Digitized by Google

wöhnlichen Weltenlaufes stehend betrachten. Sie fühlen daher schon die Untersuchung als Ungerechtigkeit, geraten durch dieselbe in Erregung und dauernde Verstimmung und befinden sich daher in einer Gemütsverfassung, welche jener der Unfalls- und Berufskranken gleichwertig ist. Insoferne als diese Reaktionsart nur auf Grund eines gesteigerten Egoismus und des Mangels eines objektiven Urteils in eigener Sache zustande kommen kann, ist zuzugeben, daß die Simulation häufig aus abnormer Charakteranlage hervorgeht, doch braucht wohl nicht hinzugesetzt zu werden, daß derartige Abnormitäten nicht im entferntesten als Geisteskrankheit im forensischen Sinne bezeichnet werden dürfen, daß sie weder die Zurechnungsfähigkeit noch die Dispositionsfähigkeit im Sinne des Gesetzes behindern.

Neben der Hysterie, der Neurasthenie und gewissen Charakterabnormitäten steigern auch gewisse Schwachsinnsformen die Neigung zur Simulation. Hier ist nicht eine verschrobene Weltanschauung, sondern der Mangel ethischer Gefühle die Ursache des mangelnden Schuldbewußtseins und führt nicht selten die krankhafte Neigung zum Lügen, die angeborene oder mit dem Schwachsinne erworbene Bosheit und Freude an der Schädigung anderer zur Simulation. Die Verstandesschwäche allein kann die Neigung zur Simulation nicht steigern, sie vermindert sie im Gegenteile, weil eine gute Urteilsfähigkeit und konsequente Logik Vorbedingung für den Entschluß zur Simulation und für dessen Durchführung sind. Wenn aber, wie in vielen Fällen von Schwachsinn, wohl in der großen Mehrzahl jener, welche kriminell werden, zu beobachten ist, der ethische Defekt bedeutender ist, als der intellektuelle, dann ist durch den Wegfall der ethischen Hemmungen, der Wahrheitsliebe und altruistischer Gefühle die Neigung zur Simulation außerordentlich gesteigert. Man findet in der Tat häufig, daß Schwachsinnige, simulieren und es ist wichtig, dies immer im Auge zu behalten, da es sonst nicht zu vermeiden ist, daß der bestehende Schwachsinn eben wegen der nachgewiesenen Simulation übersehen und ein Geisteskranker der Bestrafung zugeführt wird. Der Laie, somit auch der Richter, ist in solchen Fällen zumeist bereit, auch den Schwachsinn für simuliert zu halten und meint aus dem Nachweis einer gewissen Schlauheit

Digitized by Google

den Beweis für besondere geistige Fähigkeiten des Delinquenten deduzieren zu können.

Der Vollständigkeit halber ist noch hinzuzufügen, daß auch Geisteskranke andrer Art simulieren können und zwar jene, welche bei klarem Bewußtsein sind. Verwirrte Geisteskranke sind natürlich unfähig, zu simulieren. Die Simulation von Geistesstörungen durch Paranoiker, Hebephreniker, periodisch Geisteskranke und Paralytiker hat jedoch kaum praktische Bedeutung für den Gerichtsarzt, da diese Simulanten in der Regel schon vor Erhebung einer Anklage als geisteskrank erkannt und daher den Gerichtsärzten nicht zur Untersuchung vorgeführt werden. Die publizierten Beobachtungen dieser Art verdienen gewiß besondere Beachtung mit Rücksicht auf die Erforschung des Innenlebens der Geisteskranken, ihre Publikation ist auch eben wegen ihrer Seltenheit des allgemeinen Interesses sicher, für das Studium der Simulation haben sie aber keine hervorragende Bedeutung.

Die Simulation entsteht, um das Obige kurz zusammenzufassen, immer aus dem vereinten Wirken mehrerer Ursachen. Jeder Mensch hat mehr weniger die Fähigkeit, sich zu verstellen, und weiß, daß ihm die Vortäuschung von geistiger Krankheit eventuell zum Vorteile gereichen kann, die Moralität jedes Menschen ist mehr weniger begrenzt, so daß durch mächtige äußere Eindrücke die immoralische Handlung der Simulation zum Zwecke des Selbstschutzes hervorgerufen werden kann; krankhafte Zustände des Gehirnes, insbesondere die reizbare Schwäche, die Hysterie und der Schwachsinn beeinträchtigen oft die Moralität und steigern damit die Neigung zur Simulation, geistige Störungen aber, welche mit Verwirrtheit oder stärkerer Intelligenzschwäche einhergehen, machen die Simulation unmöglich. Die äußere Ursache der Simulation ist regelmäßig das Einwirken eines die Persönlichkeit beeinträchtigenden Umstandes, meist einer gerichtlichen Verfolgung, welches das Streben, sich durch fingierte Krankheit dieser Verfolgung zu entziehen, wachruft. Da abnorme Menschen öfter kriminell werden als normale und da jene im allgemeinen bessere Kenntnisse von Geisteskrankheiten besitzen und wegen ihrer Abnormität öfter dem Psychiater zur Begutachtung zugewiesen werden, als Normale, findet man unter den

Digitized by Google

Simulanten relativ viele geistig Abnorme. Es simulieren aber auch Geistesgesunde, wenn ein genügend kräftiger äußerer Impuls hierzu auf sie einwirkt.

Die Symptomatologie der Simulation wäre durch die Aufzählung jener geistiger Störungen erschöpft, welche nachgeahmt werden. Ein Überblick der Literatur und meiner eigenen Fälle lehrt, daß fast alle Formen von Geisteskrankheit imitiert werden: das will natürlich nicht besagen, daß die betreffenden Simulanten absichtlich einmal Paralyse, einmal senile Demenz oder akuten Wahnsinn, Hebephrenie, epileptische Geistesstörung, erworbenen Blödsinn usw. nachahmen, vielmehr führt die von der Anlage und äußeren zufälligen Einflüssen abhängige Gruppierung der nachgeahmten Krankheitssymptome meist dahin, daß das vorgetäuschte Zustandsbild einer der bekannten Psychosen besonders ähnlich erscheint. Es ist andererseits sehr selten, daß eine Psychose naturgetreu mit allen typischen Symptomen simuliert wird, weil in der Regel die hierzu nötige Sachkenntnis fehlt und eine konsequente Durchführung einer solchen Rolle auf unüberwindliche Hindernisse stößt.

Aus der geschilderten Sachlage ergibt sich, daß man auf eine Einteilung der simulierten Psychosen und Neurosen Verzicht leisten muß, daß die Symptomatologie der Simulation nicht über die Erörterung der einzelnen Symptome, welche simuliert werden, hinausgehen kann. Diesbezüglich ist zu bemerken, daß einige psychotische Erscheinungen nicht simuliert werden können, so insbesondere die ideenflüchtige Verworrenheit und die fortwährende Unruhe der manischen Kranken, die dauernde Schlaflosigkeit, hochgradige Katalepsie, die körperlichen Begleiterscheinungen der stuporösen Zustände.

Die Symptome können nicht nachgeahmt werden, teils weil ein normales Denkorgan nicht abnorm funktionieren kann, teils weil die Ermüdung dem Versuche bald ein Ende setzt. Andere Erscheinungen, wie die Wahnsysteme der chronisch Verrückten, werden nicht simuliert, weil die nötige Sachkenntnis nicht vorhanden ist. Übrigens müßte erst experimentell festgestellt werden, ob ein Fachmann imstande ist, chronische Paranoia zu simulieren.

Dagegen sind die mannigfachen Symptome der Geistes-

Digitized by Google

schwache, den angeborenen und erworbenen Blödsinnes leicht nachzuahmen, da hier ja keine Veränderung, sondern nur ein Stehenbleiben auf einer niedrigen Entwicklungsstufe besteht, bestimmte körperliche Symptome aber nicht vorkommen müssen. In der Tat wird in der ersten Mehrzahl aller Fälle Blödsinn oder Schwachsinn simuliert. In zweiter Linie leicht nachzuahmen ist die Verwirrtheit und daher werden auch Zustände simuliert, welche mit der akuten Demenz, mit der Amentia und mit epileptischen Delirien Ähnlichkeit haben. Endlich ist es leicht, einen Erinnerungsdefekt vorzuschützen und hierdurch den Verdacht zu erregen, daß nur sich das Delikten ein epileptischer Dämmerzustand oder ein pathologischer Rauschzustand bestanden habe. Um das Bestehen einer Altmonität recht augenfällig zu demonstrieren, werden mitunter auch epileptische Anfälle während der Beobachtungszeit simuliert. Von Leuten, welche einige Erfahrung auf psychiatrischem Gebiete besitzen, werden vorübergehend auch Sinnestäuschungen, meist Visionen, seltener Gehörstäuschungen simuliert. Häufiger werden daran auch vereinzelte Wahnideen geknüpft. Phantasievolle Menschen imitieren durch romanhafte Schilderung erschütternder Erlebnisse das Symptom der Erinnerungsfälschung. Von den krankhaften Verstimmungen wird in der Regel nur die Ängstlichkeit und die Reizbarkeit simuliert, während die Depression und Exaltation kaum darauf simuliert werden können. Scheinbare Störungen der Aufmerksamkeit und zwar Herabsetzung oder Aufhebung derselben sind nicht selten zu beobachten, werden aber nicht konsequent festgehalten. Ideenflucht ist nicht simulierbar, wohl aber einfache Ideenassoziation und Verlangsamung des Gedankenablaufes. Nicht systemisierte Wahnideen, auch kleine Systeme von Wahnideen werden mitunter geäußert, ohne daß die Geschäftsfähigkeit im übrigen gestört erscheint; auch fehlt diesen Wahnideen oft die Affektbetonung. Zwangsvorstellungen dürften nie simuliert werden. Die Handlungen der Simulanten werden meistens nicht konsequent den vorgeschützten Gefühls- und Denkstörungen angepaßt, eine gewisse Summe geordneter Handlungen wird jedoch mit Annahme seiner Fälle festgehalten, um die Wahrscheinlichkeit des körperlichen Wohlbefindens zu ermöglichen. Als wahrhaftige Störungen der Handlungsfähigkeit werden wohl

Digitized by Google

nur Verlangsamung und Inkohärenz der Handlungen simuliert. Die Diagnose der Simulation wird durch zwei in jedem Falle anzuwendende Überlegungen ermöglicht. Einerseits bietet der Verlauf der angeblichen Geisteskrankheit wohl nie das Bild einer der bekannten Geistesstörungen von ihrem Beginne bis zur Höhe der Krankheitserscheinungen. Der Beginn ist meist plötzlich, unvermittelt, ohne, daß eine Krankheitsursache auffindbar wäre. Das Krankheitsbild ist entweder andauernd ganz gleichförmig oder es werden allerlei Erscheinungen ohne Zusammenhang rasch wechselnd produziert. Durch geschickte Suggestion ist es oft möglich, den Simulanten zu veranlassen, sein Gebahren zu verändern; indem man ihn auf das Fehlen eines Symptomes aufmerksam macht oder ein Symptom als simuliert bezeichnet, indem man zur Behebung eines Symptomes eine unangenehme „Therapie" einleitet und dergl. Während bei Geisteskranken derartige Eingriffe wirkungslos bleiben, reagieren Simulanten darauf meist in entsprechender Weise. Die offene Erklärung, daß man die Simulation erkannt habe, bringt nur willensschwache Simulanten zum Entschlusse, die Simulation aufzugeben oder gar einzugestehen, während viele und zwar gerade die schwereren Fälle von Simulation, wenn dieser Ausdruck gestattet ist, in derselben eher einen Ansporn sehen, konsequent, oft über die Verurteilung hinaus weiter zu simulieren.

Diese allgemeinen Kriterien dürften aber nur selten allein die nähere Diagnose der Simulation ermöglichen. Zu ihnen muß sich in der Regel der Nachweis gesellen, daß die einzelnen Symptome mit den Ausdrucksformen der echten Geistesstörungen nicht übereinstimmen, daß Symptome gleichzeitig oder nacheinander auftreten, welche gemeinsam in einem Individuum nicht vorkommen können. Hier ist in erster Linie zu erwähnen, daß oft bei der Intelligenzprüfung anscheinend fast völlige Demenz besteht, während das Individuum sonst im Reden und Handeln gute intellektuelle Fähigkeiten bekundet. Aber auch wenn andauernd tiefe apathische Demenz zu bestehen scheint, kann man oft nachweisen, daß bis zur Verhaftung oder zu einem späteren Zeitpunkt die Intelligenz gut war, um dann mit einem Schlag zu verlöschen. Dies ist aber bei keiner Geisteskrankheit der Fall und daher

Digitized by Google

macht ein derartiges Verhalten Simulation höchst wahrscheinlich. Große Schwierigkeiten bietet aber die Beurteilung leichterer Grade des Schwachsinnes. Ob eine gewisse Urteilsschwäche und Lückenhaftigkeit der allgemeinen Kenntnisse wirklich besteht oder vorgeschützt wird, läßt sich mitunter überhaupt nicht feststellen. Ich kenne einen Fall von moralischer Depraviertheit, welcher bei der gerichtsärztlichen Untersuchung neben moralischen Defekten auch einige Urteilsschwäche und Mangel an allgemeinem Wissen zeigte, nach einem Jahre aber, als ich ihn in der Irrenanstalt wiedersah, sich intellektuell vollkommen normal erwies und mit vielsagendem Lachen seine angeblichen Urteils- und Gedächtnisdefekte korrigierte. Nur eingehendste Erforschung des Vorlebens und der gegenwärtigen psychischen Persönlichkeit könnte über derartige Irrtümer hinweghelfen.

Die simulierten Halluzinationen sind meist leicht zu erkennen. Der Simulant ist bestrebt, dieselben der Umgebung recht deutlich zu demonstrieren, er erklärt ihren Inhalt, reagiert eifrig darauf, er zieht aber keine weiteren Konsequenzen daraus. Er ist nicht verwirrt, wenn die Halluzinationen auch noch so massenhaft auftreten, sein Denken und Handeln wird abgesehen von der Antwort oder Abwehr gegen die angeblichen Feinde nicht beeinflußt, seine Stimmung entspricht nicht der ängstlichen Erregtheit oder den anderen Formen von Verstimmung, welche bei Halluzinanten beobachtet werden. Endlich ist die Neigung zur Dissimulation der Sinnestäuschungen, welche Geisteskranken mit klarem Bewußtsein regelmäßig anhaftet und sie dazu führt, spontan kaum derselben Erwähnung zu tun und darauf möglichst unauffällig zu reagieren bei Simulanten nie zu finden.

Die Gedächtnisstörungen der Simulanten beziehen sich regelmäßig auf das begangene Delikt und sie verstehen es selten, dieselben richtig zu begrenzen. Es sind in dieser Beziehung zwei Fälle zu unterscheiden, die Gedächtnisstörung infolge von Sinnesverwirrung und jene, welche aus einem Verblödungsprozesse hervorgeht. Die erstgenannte Form ist schwer zu beurteilen. Es sind meist Trinker, welche sie vorschützen um darzutun, daß sie das Delikt im pathologischen Rauschzustande begangen haben. Die Symptomatologie der pathologischen Rauschzustände ist nun

Digitized by Google

eine so mannigfaltige, daß aus den Umständen des Deliktes selbst kaum je sichere Schlüsse gezogen werden können. Der pathologische Trinker kann ganz geordnet handeln, während er sich im Rauschzustande befindet, er kann nach Aufnahme geringer Alkoholquantitäten in einen solchen verfallen, er kann in diesem Rauschzustande Dinge ausführen, die er schon vorher erwogen oder geplant hat. Man kann daher, wenn Bewußtseinstrübung während des Deliktes und Erinnerungslosigkeit für dasselbe behauptet wird, nur auf Grund einer Untersuchung, ob das Individuum jemals sonst an solchen Zuständen gelitten hat oder nicht, mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, daß seine Angaben wahr oder falsch sind, wenn nicht detaillierte Angaben über die Handlungen unmittelbar vor dem Delikt einen Rauschzustand sicher ausschließen lassen. Häufig wird daher das Gutachten nur die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit einer Bewußtseinsstörung zur Zeit der Tat feststellen können und nur wenn die Tat selbst völlig im Widerspruche steht zu der normalen Handlungsweise des Untersuchten, kann Simulation ausgeschlossen werden. Leichter ist es, die Simulation des Erinnerungsdefektes aus Blödsinn nachzuweisen; der Simulant zeigt neben Erscheinungen des tiefsten Blödsinnes in seinem Benehmen, oft auch in seinen Angaben über Dinge, welche mit dem Delikte nichts zu tun haben, gute intellekte Leistungen. Eine derartige partielle Demenz gibt es aber nicht. Nur bei Vorhandensein zerebraler Lähmungserscheinungen im Gefolge von Lues (Pupillenstarre u. a.) oder vom Tabes wird die Beurteilung schwieriger und dann kann nur eine lange dauernde Untersuchung dahin führen, allmählich die Intaktheit aller geistigen Funktionen nachzuweisen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Handlungen des Untersuchten zu lenken sein, welche weitgehende Schlüsse auf den Zustand der Intelligenz und des Gedächtnisses zulassen.

Wenn ich aus diesen kurzen Bemerkungen einige Schlußfolgerungen für die Praxis ziehen soll, will ich vorerst wiederholen, daß es Aufgabe des Sachverständigen ist, sobald er Simulation nachgewiesen hat, zu untersuchen, ob der Simulant geistesgesund oder geisteskrank ist. Aus den oben erwähnten Gründen werden geistige Abnormitäten sehr häufig gefunden werden; und

Digitized by Google

es ist nun sehr wichtig, die Art und den Grad derselben festzustellen. Denn nicht jede geistige Abnormität setzt ohne weiteres den Zustand der Unzurechnungsfähigkeit, ja die bei Simulanten gefundenen Abnormitäten beeinträchtigen die Zurechnungsfähigkeit nur in der Minderzahl der Fälle.

Die folgenden Beispiele von Simulation habe ich aus einer größeren Anzahl ausgewählt, sie sind alle von mir beobachtet und mögen dazu dienen, die mitgeteilten Bemerkungen praktisch zu begründen.

1. R. S., 32 Jahre, Agent. Sein Vater soll Trinker gewesen sein und starb, als S. zehn Jahre alt war. Schon damals hatte die Mutter die Macht über ihn verloren: er wurde wegen allerlei Unfug aus der Schule ausgeschlossen und beging mit 11 Jahren einen Briefmarkendiebstahl. Er besuchte einige Zeit die Bürgerschule und sollte sich dem kaufmännischen Beruf widmen. Da er aber bald alles Vertrauen verlor und keine Stellung finden konnte, ging er mit 17 Jahren zum Militär. Auch dort verübte er Diebstähle, ebenso ließ er sich viele Vergehen gegen die Disziplin zuschulden kommen. Mit 20 Jahren bestahl er in Wien 18 Ärzte durch Einschleichen in ihre Wartezimmer, unterschlug seiner Quartiergeberin und den Kaufleuten, für welche er agentierte, Geld und Wertsachen und wurde endlich zu sechsjähriger Gefängnisstrafe verurteilt. Vorher hatte er wiederholt Arreststrafen erlitten. Wegen tuberkulöser Lungenerkrankung wurde von seiner Abgabe in die Zwangsarbeitsanstalt nach Ablauf der sechsjährigen Strafe abgesehen. Ein halbes Jahr nach seiner Freilassung mußte S. wegen Betruges zu einjähriger Gefängnishaft verurteilt werden. Gleich nach Wiedererlangung der Freiheit befaßte er sich wieder mit Betrügereien, Diebstählen, Zechprellereien und Hochstapelei. Er mietete unter falschem Namen ein Zimmer mit Kost, blieb die Miete schuldig, ließ sich Waren aus Geschäften bringen und verschwand plötzlich mit diesen: wiederholt trat er die Flucht auf einem gestohlenen Fahrrad an. Durch Erzählungen von hohen Beziehungen und sicheres Auftreten wußte er alle Leute zu täuschen. Endlich wurde er durch sein Prahlen verdächtig und verhaftet. Bisher scheint ein Verdacht auf Bestehen von Geistesstörung nicht aufgetaucht zu sein. Wohl wurden während der sechsjährigen Gefängnishaft einige epileptische Anfälle angeblich beobachtet, eine psychiatrische Untersuchung war aber nicht angeordnet worden. Von nun an gelang es S. aber durch einige Jahre wiederholt, die Untersuchung seines Geisteszustandes zu erzwingen, und es war schließlich mit großen Schwierigkeiten verbunden, seine geistige Gesundheit nachzuweisen. Verdächtig erschienen zuerst seine phantastischen Erzählungen über seine Vergangenheit, welche den Eindruck paranoischen Größenwahns machen konnten. Er wollte der Sohn einer Gräfin, in geheimnisvoller Weise geboren und aufgezogen sein, die ganze Welt bereist haben, sieben Sprachen sprechen u. dgl. Endlich gestand er jedoch

Digitized by Google

einen Teil seiner Delikte und machte er richtige Angaben über sein Vorleben und seine Person, wußte jedoch die Untersuchung durch einen epileptischen Anfall während eines Verhöres in die Länge zu ziehen, durch weitere phantastische Erzählungen neuerdings den Verdacht auf Geistesstörung zu erwecken und endlich durch wiederholte Anfälle vor dem Richter sowie durch ganz verkehrte Antworten seine Überführung in das Inquisitenspital zu erzwingen. Dort wurde er anfangs von den Ärzten für einen Simulanten erklärt. Als er aber die Nahrung zurückwies und sich tobsüchtig geberdete, wurde seine Überführung in die Irrenanstalt angeordnet. Dort erschien S. schwer verwirrt, lag meist starr blickend im Bett, gab nie passende Antwort, sprang plötzlich auf und lief eine Weile herum und führte Selbstgespräche. Den Gerichtsärzten gegenüber sprach er unsinnig, die Königin der Buren sei seine Frau, er müsse um 5 Uhr mit Expreßzug nach Konstantinopel fahren, er machte eine ängstlich-neugierige Miene, murmelte einige Worte und ging zitternd. Das Gutachten lautete dahin, daß S. an postepileptischem Stupor leide und des Vernunftgebrauches beraubt sei. Daher wurde das strafgerichtliche Verfahren gegen S. eingestellt. Im vierten Monat seiner Internierung in der Irrenanstalt — S. war dauernd ganz verwirrt erschienen — eignete S. sich die Kleider und Schlüssel eines schlafenden Pflegers an und entwich. Schon 17 Tage später tauchte S. mit einem — wie sich später erwies — gestohlenen Fahrrad mehr als 1000 km von der Irrenanstalt entfernt wieder auf und begann von neuem Betrügereien im alten Stile. Nach seiner Verhaftung machte S. wieder falsche, romantisch ausgeschmückte Angaben, bekam bald einen Tobsuchtsanfall und wurde wegen halluzinatorischer Verwirrtheit der nächsten Irrenanstalt übergeben. Trotzdem ihn die Anstaltsärzte für einen Simulanten erklärten, wurde das gerichtliche Verfahren gegen S. auf Grund des früheren Gutachtens und einer erneuten gerichtsärztlichen Untersuchung wegen Geistesstörung eingestellt. In der Anstalt sprach er in kurzen Sätzen von Mördern seiner Mutter, rief: „Da, da, der mit den roten Augen, um ½12 Uhr werde ich mich duellieren", starrte vor sich, erschien dann wie aus einem Traum erwacht, wollte sich an die letzten Erlebnisse nicht erinnern. Da die Anstaltsärzte von der Annahme der Simulation nicht abgingen, wurde S. bald entlassen und in seine Heimat gebracht. Zwei Monate später beteiligte er sich an einem Diebstahl von Pretiosen, stahl Billardkugeln und ein Fahrrad und wurde auf der Flucht verhaftet. Er erfand nun wieder die abenteuerlichsten Geschichten über vornehme Abstammung, Reichtum und einflußreiche Verbindungen und vergaß dabei nicht zu erwähnen, daß er in einer Irrenanstalt war. Sobald er erfuhr, daß seine Identität festgestellt war, wurde S. wieder verwirrt und stuporös, sprach sinnlos, ließ sich füttern und ankleiden und schlief nicht. Trotzdem die Ärzte des Spitals, in welches er nun gebracht wurde, an Simulation dachten, wurde S. gerichtlich nicht weiter verfolgt. Schon sechs Tage nach der Entlassung aus dem Spital, von wo er sich willig nach der Heimat bringen ließ, tauchte S. in Wien auf und ließ sich von Juwelieren Goldwaren zur Auswahl zuschicken. Schließ-

Digitized by Google

Ich bestelle er als angeblicher Herschaftsdiener einen Fiaker, ließ sich einen leichten Hut anpassen und erwartete nun selbst den Wagen, ließ sich vor seinem Palais führen, wo er eintrat und mit Lakaien sprach. Als er des Kutschers sicher war, schickte er diesen mit einem Brief an eine fingierte Person in einen Hause und fuhr mit dem Wagen davon. Er fuhr die Nacht durch, kam früh mit einem Kutscher, den er auf der Landstraße getroffen hatte, in einer Poststation an und wollte dort durch Vermittlung des Gastwirts, bei welchem er abgestiegen war, Pferde und Wagen verkaufen. Durch Betrügereien, gemeinen Wesen und durch eine auffallend geringe Preisforderung machte er sich verdächtig. Als sich herausstellte, daß er kein Geld und keine Dokumente besaß und daß sein Begleiter nicht, wie S. erzählte, schon monatelang sein Kutscher war, wurde er verhaftet. Er begann nun auffort zu reden, blödte herumzustehenden und die Angen zu verdrehen. Im Arrest saß er nicht, verstockte sich aber Brot, table zeitweilig war zu keiner vernünftigen Äußerung zu bringen. Er wurde dem Irrenhospital des Landesgerichtes eingeliefert, und nun vollbrachte S. eine wahrhaftige Kraftleistung: während der ganzen Untersuchungshaft, welche ein Jahrlang dauerte, hat er unbeobachtet Erscheinungen schwerer geistiger und nervöser Erkrankung, wie Somnambulen, wie die Folgezustände von Epilepsie, simuliert worden.

Als ich unmittelbar nach Beit und trat niemals spontan in Beziehung zu Umgebung, schien überhaupt nichts, was im Zimmer vorging, zu bemerken. Sie durch geheime Beziehung seines Leibgestells zu wissen, daß er nahrungslos aufwachen und klar um sich sah. Er ließ seine Diener ihn ankleiden und frühstückte nicht nach Speisen. Wenn dieselben ihn gewecht wurden, daß er zu anfangen unterbleibt, kam er sich nicht umgewesen. Nur Mahlzeiten nahm er in unregelmäßigen Zwischenräumen gierig an. Bei passenden Gelegenheiten machte er sich mitunter still, meist blieben seine Gänster ganz starr, aufgerichtet, fast er schlaff zurück, aufgestellt, sank er zusammen. Trotz starke er starr und ausdruckslos geradeaus. Er gab nie eine passende Antwort, sondern zur Antwort, sondern begann er auch wiederholte Aussprüche seiner zusammenhanglosende Phrasen zu flüstern, welche wie Bruchstücke seiner halbvollendeten Fabeln klangen, z. B. „geh weg, du alter Schleicher", „Essen, ich verbrenne ja", dann, ohne Zeichengebung, Äußerungen von Ärgernis, er habe 100 Millionen Dollar, wahne im Cottage u. dgl. Verschiedene Äußerungen gegenüber verhielt er sich wie ein Saubenkünstler, er nimmt eine als Zigarre bezeichnete Kreide in den Mund, beißt in eine gewöhnliche Bleistiftzeige, einen Kreuzer bezeichnet er als Zucker. Mit diesen Dingen war aber nicht in Übereinstimmung, daß S. sich im Bett immer genau in eigenen weise, wenn er dasselbe verunreinigt hatte, sich an den Wänden Kot beschmierte, sowie auch die Gitter seiner Bettstelle mit Kot beschmierte. Auch diese Handlungen waren nicht in Übereinstimmung mit seinen Äußerungen, daß er Millionär sei, daß er Cottage besitze, daß er Diener habe, welche ihn ankleiden und frühstücken.

Diese Handlungen, welche mit seinen Äußerungen nicht in Übereinstimmung waren, sowie auch die Unterbrechung seiner Äußerungen durch Pausen, in welchen er starr und ausdruckslos geradeaus sah, ließen mich vermuten, daß S. Halluzinationen habe, und ich stellte ihm die Frage, ob er Stimmen höre, worauf er mit Ja antwortete. Ich fragte ihn weiter, ob er Stimmen höre, wenn er allein sei

sowie Rötung des Gesichtes auslösbar. Als die Faradisierung mehrmals wiederholt war, wurde S. bei den neuerlichen Vorbereitungen hierzu zornig, schimpfte, schlug auch um sich, während er vorher anscheinend ganz gelähmt war, den Wasserbecher nicht in der Hand behielt und die Zunge nicht bewegen konnte. Endlich begann S. sich selbst zu bewegen, verließ nun auch das Bett, ging taumelnd einige Schritte, antwortete auf die Fragen des Wärters bezüglich augenblicklicher Bedürfnisse vernünftig, las in Büchern und war vorübergehend so zugänglich, daß sogar eine kursorische Intelligenzprüfung vorgenommen werden konnte. Es ergab sich, daß er über mehr als ausreichendes Wissen und gute Urteilskraft verfügte.

Bald sprach er wieder ganz verworren, wurde plötzlich maßlos zornig, wollte die gewöhnlichen Gebrauchsgegenstände nicht kennen, die Ärzte nie gesehen haben, sich in einer Kirche befinden, 2×2 und 1×1 nicht ausrechnen können. Aufgefordert konnte er die Zunge nicht bewegen, während er gut sprach. Nach mehreren Monaten behauptete er nicht zu wissen, wo er sei, sich seit vier Tagen hier zu befinden, er sei 49 Jahre alt, die Woche habe neun Tage, er kenne die Namen der Finger nicht usw. Er will dabei Philosophie studiert haben und Fabrikbesitzer sein. Während der Untersuchungszeit kamen mehrfach, niemals aber in Gegenwart eines Arztes, epileptische Krämpfe vor. Er verletzte sich dabei nicht, war nachher sofort ebenso klar wie vorher, doch körperlich erschöpft. Körperlich war Steigerung der tiefen Reflexe, eine geringe Differenz der reagierenden Pupillen und Zittern der Zunge nachweisbar, anfangs kam S. im Ernährungszustand sehr herab.

Es war leicht nachzuweisen, daß S. die geistige Störung simulierte. Übertreibung, Inkonsequenz und dadurch entstehendes Nebeneinander von Symptomen, welche gleichzeitig bei geistiger Erkrankung nicht bestehen können sowie die Unmöglichkeit, alle Symptome unter einen klinischen Krankheitsbegriff zu vereinigen, mußten auch hier zur Annahme der Simulation führen. S. war bis zum Momente seiner Verhaftung geordnet und umsichtig gewesen, dann wurde er plötzlich verwirrt und tobsüchtig. Im Spital erschien er unvermittelt ganz gelähmt, stuporös und halluzinierend. Die schmerzhafte Faradisation veranlaßte ihn, obwohl er anscheinend analgetisch war, die angebliche Lähmung zum Teil rasch aufzugeben; dann bewegte er sich ataktisch, es wurde aber oft geheim beobachtet, daß er sich sicher bewegen konnte. Er schützte dauernd Unbeweglichkeit der Zunge vor, sprach aber normal. Er wollte die einfachsten Gedächtnis- und Urteilsleistungen nicht leisten können, bekundete aber gleichzeitig den Besitz mindestens genügender Intelligenz. Es war daher gerechtfertigt, alle diese Symptome für simuliert zu erklären.

Schwieriger wurde jedoch die Untersuchung, ob S. geistig gesund oder krank war. Einerseits war er lange Zeit gar nicht explorierbar, andrerseits mußte mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß die epileptischen Anfälle wirklich bestanden, denn sie konnten fachmännisch nie beobachtet werden.

Digitized by Google

Damit war die Notwendigkeit gegeben, auch epileptische Dämmerzustände und Charakterdegeneration in Erwägung zu ziehen; auch daran mußte gedacht werden, daß Hysterie vorliegen könnte. Endlich war zu prüfen, ob etwa ein katatonischer Krankheitszustand die Grundlage für die mit seltener Zähigkeit festgehaltene Simulation bildete. Wenn auch aus den Beobachtungsresultaten keine sichere Entscheidung zu treffen war, ob die Anfälle echt oder simuliert waren, so konnte das Bestehen epileptischer Charakterveränderung doch sicher geleugnet werden, denn es war kein charakteristisches Symptom derselben vorhanden, weder die Reizbarkeit noch die kleinliche Umständlichkeit noch die Schwerfälligkeit, es bestanden keine Stimmungsschwankungen. Ebenso bot S. nie die Züge der hysterischen Charakterdegeneration. Auch Dämmerzustände konnten ausgeschlossen werden, weil sich jederzeit feststellen ließ, daß S. sich in Bewußtseinsklarheit befand. Dies ging vornehmlich daraus hervor, daß die Aufmerksamkeit und die Perzeption äußerer Eindrücke, so sehr S. auch Dilirien simulierte, an gewissen Änderungen seines Verhaltens entsprechend den Vorgängen in der Umgebung als vorhanden nachgewiesen werden konnten. Der Stupor war demnach nicht mit Verwirrtheit oder Bewußtseinstrübung verbunden, ähnelte daher mehr einem katatonischen Stupor. Das rasche Verschwinden derselben zum Zwecke der Befreiung von der lästigen Faradisation sowie das Fehlen jeder Andeutung von Spannungszuständen und intellektuellen Störungen während der zweiten Phase der Beobachtung ließ den Schluß zu, daß dieser Stupor nicht aus krankhaften Motiven entstanden, sondern willkürlich zum Zwecke der Täuschung produziert war.

Die Berücksichtigung des Vorlebens S.s bot reichliche Stützen, um die Vermutung, daß eine geistige Erkrankung bei S. nicht vorhanden sei, zur Gewißheit zu erheben. Die Annahme, daß S. zurechnungsfähig, d. h. nicht geisteskrank im gerichtlichen Sinne ist, konnte als erwiesen betrachtet werden, als sich herausgestellt hatte, daß er immer, solange er sich der Freiheit erfreute, ein völlig normales Wesen zur Schau trug, hin und wieder in ehrlichem Erwerb sein Brot verdiente und auch mehrmals in der Haft geistig normal erschienen war. Daß die geistigen Störungen, welche früher mehrmals während der Untersuchungs- und Strafhaft an S. beobachtet wurden, simuliert wurden, ließ sich leicht nachweisen, da S. das eine Mal, während er schwer verwirrt erschien, ganz unvermittelt unter Aufwand großer Umsicht aus der Irrenanstalt entfloh und nachher normale geistige Fähigkeiten zeigte, und das zweite und dritte Mal sich im Momente seiner Entlassung aus einem kranken in einen gesunden Menschen verwandelte. Eben noch unfähig, die einfachsten Handlungen zur Befriedigung seiner leiblichen Bedürfnisse zu vollführen, vermochte S. nun plötzlich trotz der Behinderung durch seine Mittellosigkeit weite Reisen zu machen und schlaue Diebstähle und Betrüge auszuführen, ohne jemals in flagranti ertappt zu werden. Wenn die früheren Anfälle geistiger Störung sich als simuliert herausstellten und der gegenwärtige Krankheitszustand mit allen bekannten Krankheitsformen im Wider-

Digitized by Google

spruch stand, durfte demnach geschlossen werden, daß dieser auch durchaus simuliert war. Die Erhebungen über das Vorleben S.'s brachten endlich auch die Behelfe, um die begangenen Delikte als Folge einer nicht kranken, sondern verbrecherischen Charakteranlage zu bezeichnen.

In einem Obergutachten schloß sich die medizinische Fakultät in allen wesentlichen Punkten der hier vertretenen Anschauung an. S. blieb bis zur Hauptverhandlung und kurze Zeit nach derselben bei seinem Stupor und Verwirrtheit vortäuschenden Verhalten, gab jedoch die Simulation vollständig auf, nachdem er in die Strafanstalt gebracht war und zur Überzeugung kommen mußte, daß ihm die Simulation diesmal nichts genützt hatte. Seither ist er ziemlich schnell wieder zu überraschender körperlicher Rüstigkeit gelangt und sind Erscheinungen irgendwelcher geistigen Erkrankung nicht mehr aufgetreten.

Daß gewisse Charakterabnormitäten, welche mit der hysterischen Charakterveränderung Verwandtschaft zeigen, die Simulation in diesem Falle begünstigten, habe ich schon während der Untersuchung vermutet, ein sicherer Nachweis derselben ist mir aber nicht gelungen, er könnte nur durch lange Beobachtung außerhalb der Haft geführt werden.

2. Der folgende Fall ist hier als Vertreter jener häufigsten Simulationsversuche angeführt, wie sie von Angeklagten unternommen werden, die nicht über eine besonders starke Willenskraft und Ausdauer verfügen. Solche Leute simulieren Blödsinnszustände oder sie versuchen durch Erzählungen von angeblich erlebten Sinnestäuschungen, durch Äußerung von Wahnideen den Eindruck bestehender Geisteskrankheit hervorzurufen, ohne ihre Handlungsweise zu ändern: sie geben meist auch die Simulation bald auf, wenn sie sich durchschaut wissen.

Auch bezüglich der psychologischen Genese der Simulation, welche meist nicht klargestellt werden kann, in diesem Falle aber leicht festzustellen ist, verdient dieselbe der Erwähnung.

Der 29jährige Kutscher W. verfolgte etwa ein Jahr lang wohl erfolglos ein Mädchen mit Liebesanträgen. Sie verließ den Dienstplatz, zog in einen entfernten Stadtteil, trotzdem stellte er ihr weiter nach. Endlich bedrohte er sie brieflich, erwartete sie auf der Straße, forderte sie nochmals auf, mit ihm zu gehen und schoß sie, als sie ihn abwies, mit zwei Revolverschüssen nieder. Gleich darauf wollte er sich erschießen, doch versagte die Waffe. Er lud neuerdings und verletzte sich durch einen Schuß leicht am Kopfe. Dann wurde er festgenommen. W. schilderte am nächsten Tage sowie drei Wochen später bei Verhören genau den Hergang des Überfalles. Dann begann er allmählich sein Geständnis zu modifizieren, er wollte nun keine Mordabsicht gehabt haben und bei der Tat betrunken gewesen sein, nannte einige Häuser, wo er am selben Tage eine große Menge Alkohol genossen habe und erreichte durch diese Angaben, welche er bei der Hauptverhandlung wiederholte, daß diese behufs Untersuchung seines Geisteszustandes vertagt wurde. Nun, da W. einen so schönen Erfolg erzielt hatte, gewann er

Digitized by Google

Mut und begann er Blödsinn zu simulieren. Er war den Gerichtsärzten gegenüber sehr einsilbig und anscheinend ganz apathisch. Von seinen Eltern und seiner Vergangenheit wollte er fast gar nichts wissen, ebenso von seinen Beziehungen zu der von ihm Erschossenen. Er habe mit ihr durch 5/4 Jahre ein Verhältnis gehabt, seit sie aus dem Hause kam, habe er nichts mehr von ihr erfahren. Er habe sich aus Lebensüberdruß einen Revolver gekauft. Mit dem Revolver sei er in die Gasse gegangen, in welcher das Attentat stattfand. Weiter wisse er nichts, weder von dem Attentat noch von seinen Erlebnissen bei der Polizei, im Spital und bei Gericht. W. gab sein Alter unrichtig an, er wußte weder sein Geburtsjahr noch das gegenwärtige Jahr und Monat zu nennen, rechnete $2 \times 2 = 3$ u. dgl., wußte die Wochentage, die Zahl und Namen der Monate nicht usw. Als ihm vorgehalten wurde, daß er vor kurzem noch durch Briefe bewiesen habe, daß er guten Verstand besitze, hüllte sich W. in trotziges Schweigen, einige Tage später korrigierte er jedoch seine plumpen Simulationsfehler, zeigte zur Not genügende Kenntnisse und Orientierung, beharrte aber darauf, daß er sich an das Attentat und seine Folgen nicht erinnere und machte spontan Angaben, daß er sich oft betrunken habe, wahrscheinlich sei das Attentat auch eine Rauschgeschichte gewesen. Auf Suggestivfragen gab er allerlei psychotische Symptome zu, z. B. Halluzinationen, Anfälle, konnte aber diese Erscheinungen ganz und gar nicht näher beschreiben und charakterisieren.

Die ganze Vorgeschichte hatte genügende Anhaltspunkte ergeben, um nachzuweisen, das W. zwar beschränkt und gemütsroh, aber nicht geistesgestört war, die persönliche Untersuchung gab weiteren Aufschluß, indem sichergestellt werden konnte, daß W. nicht grobe Defekte des Gedächtnisses und der Urteilskraft aufwies, daß er seine Situation vollkommen klar auffaßte und die krankhaften Symptome simulierte. W. verzichtete auch bald auf die Produzierung krankhafter Erscheinungen und blieb nur in dem Punkte konsequent, daß er über sein Attentat nicht aussagte.

3. Der Lehrer O. S., 20 Jahre alt, wurde mehrmals beauftragt, einige Schüler zu beaufsichtigen, welche strafweise länger in der Schule bleiben mußten. Er rief bei dieser Gelegenheit einen Knaben vor, fragte ihn aus, zog ihn endlich an sich und vollzog masturbatorische Handlungen an demselben. Er hatte dies mindestens zweimal getan, als die Strafanzeige erfolgte. Die Untersuchung ergab, daß L. in leichtem Grade neuropathisch veranlagt, an Neurasthenie leidet und ein abnorm schüchterner, energieloser, träger Mensch ist, daß er zwar seit Kindheit masturbiert, jedoch bei seinen nächtlichen Pollutionen von nackten Weibern träumte und einen Beischlaf in normaler Weise ausführte. Angst vor Ansteckung, vor einem eventuellen Kinde und die Schüchternheit bewogen ihn, sich später vom normalen Geschlechtsverkehr zurückzuhalten. Er habe die homosexuellen Handlungen in einer plötzlich entstehenden geschlechtlichen Erregung ausgeführt. L. erinnerte sich genau an den Vorgang und gab an, daß er nachher Gewissensbisse darüber empfunden habe, obwohl er nicht wußte, daß dieselben straf-

Digitized by Google

gerichtlich verfolgt werden können. Erst durch die Untersuchung und die Hauptverhandlung erhielt L. Kenntnis davon, daß die Homosexualität eine wohlbekannte Krankheitsform ist. Er entschloß sich nun, den Rekurs gegen das Urteil zu ergreifen und änderte seine Aussagen nach zwei Richtungen. Einerseits behauptete er nun, daß er sich geschlechtlich nur durch Knaben erregt fühle, andrerseits wollte er die homosexuellen Akte im Zustande der Sinnesverwirrung begangen haben. Er suchte mehrere Ärzte auf, welchen er seine sexuellen Empfindungen derart schilderte, daß sie ihn für pervers veranlagt halten mußten, worauf sein Verteidiger diese Ärzte zur Abgabe von Gutachten in diesem Sinne aufforderte. Auch schilderte er seine neurasthenischen Beschwerden nun in übertriebener Weise. Er erreichte dadurch, daß das Verfahren wieder aufgenommen wurde. Glücklicherweise war er jedoch in der ersten Untersuchung so genau exploriert worden, daß es leicht gelang, nachzuweisen, daß L. damals nicht falsch beurteilt wurde und jetzt, seine mittlerweile gesammelten Kenntnisse verwertend, falsche Angaben machte. Die Frage, ob L. sexuell pervers oder normal veranlagt ist, war insofern nebensächlich, als er in jedem Falle betreffs der homosexuellen Handlungen an Unmündigen verurteilt werden mußte, wenn nicht eine anderweitige geistige Störung nachweisbar war. Er war dementsprechend auch verurteilt worden, obwohl in dem ersten Gutachten für wahrscheinlich erklärt wurde, daß er sexuell abnorm und zwar psychischer Hermaphrodit sein dürfte. Nun wollte er aber erweisen, daß er auf Grund der homosexuellen Anlage und seiner nervösen Übererregbarkeit durch die Nähe von Knaben in den Zustand von Sinnesverwirrung gerate. Nur der Umstand ermöglichte es, diese Angabe als falsch zu erweisen, daß L. ursprünglich veranlaßt worden war, seine Erinnerung an die Delikte spontan anzugeben. Es war dadurch ein für allemal festgestellt, daß er sich an die Delikte genau erinnerte und daß er daher dieselben bei klarem Bewußtsein begangen hatte.

Dieser Fall zeigt, wie notwendig ein vorsichtiges planvolles Vorgehen bei der Untersuchung und eine detaillierte Wiedergabe der Aussagen des Untersuchten im Befunde sein kann; es zeigt ferner, daß die Simulation gerade durch die Nachforschung nach krankhaften Erscheinungen und durch die hierbei unvermeidliche Mitteilung von Kenntnissen auf psychiatrischem Gebiete hervorgerufen werden kann.

4. Zum Schlusse sei ein Fall von sogenannter traumatischer Neurose mitgeteilt. Derselbe illustriert die oben mitgeteilte Ansicht, daß die Ursache dieser Erkrankung hauptsächlich in dem schädigenden Einflusse von Affekten auf ein disponiertes Nervensystem zu suchen ist und daß solche Kranke ganz im allgemeinen eine Neigung zur Übertreibung und Simulation nervöser aber auch psychotischer Symptome besitzen.

Es handelt sich um einen Kaufmann, welcher schon früher Eigentumsdelikte begangen haben soll und auch durch andere Umstände als moralisch haltlos charakterisiert wird. Er erkrankte vor drei Jahren an einer typischen Unfallneurose und versuchte auf dem Prozeßwege eine Unfallrente

Digitized by Google

zu erlangen. Es gelang ihm nicht, nachzuweisen, daß er den von ihm behaupteten Eisenbahnunfall erlitten habe, obwohl er sogar Dokumentenfälschungen vornehmen ließ, um den Unfall nachzuweisen. Aus den nicht abgeschlossenen diesbezüglichen Untersuchungen ergibt sich, daß ein Eisenbahnunfall damals nicht stattfand und daß daher höchstens ein Sturz im Waggon infolge der Unvorsichtigkeit des Untersuchten während der Fahrt stattgefunden haben kann. Nach halbjährigem Krankenlager erholte sich der Kranke und später konnte er sich frei bewegen, weite Reisen machen, in einer Fabrik als Aufsichtsorgan fungieren, ohne den Eindruck eines Kranken zu machen. Als er aber wegen Teilnahme an Banknotenfälschungen verhaftet wurde, traten die Symptome der Neurose wieder hervor, und der Untersuchte machte wegen der bestehenden Hemiparese des Zitterns, der angeblichen Sehstörungen und Schwindelerscheinungen den Eindruck äußerster Hilfslosigkeit. Er schützte vollständige Unkenntnis der inkriminierten Delikte und eine allgemeine Denkschwäche vor, welche den Eindruck des Schwachsinns machen sollten. Es gelang nur durch zeitraubende und sorgfältige Exploration nachzuweisen, daß Intelligenz- und Gedächtnisdefekte nicht vorhanden waren. Das kurze Endgutachten sei hier in extenso mitgeteilt. Es ist klar, daß auch in diesem Falle geistige Abnormitäten vorhanden sind, ein Grund, an der Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Delikte zu zweifeln, liegt aber nicht vor.

Gutachten.

Die körperliche Untersuchung L.s hat ergeben, daß er gegenwärtig an einer funktionellen Nervenkrankheit leidet, welche als eine in letzter Zeit häufig beschriebene Form der Neurasthenie zu bezeichnen ist und gewöhnlich traumatische Neurose genannt wird. Bei dieser Erkrankung gesellen sich häufig zu den Symptomen der Neurasthenie (Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Mattigkeit, Zittern etc.) einige hysterische Erscheinungen. L. bietet an hysterischen Symptomen halbseitige Parese und halbseitige Hyperästhesie auf der rechten Seite sowie Funktionsstörungen im rechten Auge und Ohr. Die Ursache dieser Neurose ist nicht so sehr, wie man anfangs geglaubt hat, ein Trauma, sondern vorwiegend langdauernde Aufregung, wie sie mit dem Kampfe um seine Unfallrente verbunden zu sein pflegt. So ist auch bei L. der ganze Symptomenkomplex nicht unmittelbar nach einem Unfalle, sondern allmählich entstanden, als er bestrebt war, glaubhaft zu machen, daß er durch einen Unfall erwerbsunfähig geworden sei. Die genannte Neurose ist mit gewissen geistigen Veränderungen zumeist verbunden. Es besteht die Neigung zu hypochondrischer

Digitized by Google

Übertreibung der vorhandenen Symptome, welche häufig zur reinen Simulation ausartet. Dadurch erklärt sich das offenbar bestehende Mißverhältnis zwischen dem Zustande, in welchem sich L. vor seiner Verhaftung befand und seinem gegenwärtigen Zustande. Vor seiner Verhaftung hat anscheinend niemand wahrgenommen, daß L. nervenkrank ist, jetzt erscheint er schwer krank, völlig gebrochen, kaum fähig, einige Schritte zu gehen, usf. Diese Verschlimmerung seines Zustandes ist die Folge der strafgerichtlichen Untersuchung. Die psychischen Veränderungen sind derzeit nur gering und bestehen vorzugsweise in der Neigung zu starken Affektsausbrüchen und der Einengung der Interessensphäre auf die eigene Persönlichkeit. Es kommt bei derartigen Kranken jedoch mitunter zu krankhaften Affekten, zu hysterischen Anfällen zu Aufregungszuständen mit motorischer Unruhe. Wenn dies eintritt, dann ist der Betroffene nicht mehr haftfähig, sondern irrenanstaltsbedürftig. Derzeit ist aber L. als nicht geisteskrank für die Anstaltsbehandlung nicht geeignet. Er ist bei klarem Bewußtsein, seine Intelligenz ist nicht grob gestört, er vermag die Strafbarkeit der inkriminierten Delikte zu erkennen und Ursache und Zweck einer etwa verhängten Strafe zu begreifen. Die teilweise vorgeschützte Gedächtnisschwäche ist simuliert, denn L.s Gedächtnis ist, wie sein Bericht über sein Vorleben erweist, nicht in krankhafter Weise gestört; insbesondere ist kein Anlaß vorhanden, der Frage näher zu treten, ob vorübergehende Bewußtseinstrübungen zur Zeit der Delikte vorhanden waren. Denn die Erinnerung für jene Zusammenkünfte und Reisen, welche nach Angabe des Verfertigers der falschen Banknoten in der Fälschungsangelegenheit stattfanden, ist, wie aus L.s Angaben hervorgeht, ohne Zweifel nicht gestört. Da L. sich auch in anderer Beziehung damals sowie jederzeit geordnet benahm, die Aufsicht in einem Betriebe besorgte, und keine Zeichen geistiger Störung bot, muß daran festgehalten werden, daß er auch zur Zeit der Delikte des Gebrauches der Vernunft nicht beraubt war. Die nervöse Erkrankung, an welcher er leidet, kann nicht entscheidend für das Zustandekommen der Delikte gewesen sein. Wie die betrügerischen Unternehmungen, welche von L. und seinem Bruder angeblich behufs Erlangung einer Unfallrente in Szene gesetzt

Digitized by Google

wurden, zeigen, bestand schon vor seiner Erkrankung die Immoralität, welche Voraussetzung derartiger strafbaren Handlungen ist, wie sie gegenwärtig dem L. zur Last gelegt werden, und es läßt sich deshalb nicht behaupten, daß diese Immoralität eine Folgeerscheinung der nun bestehenden Hystero-Neurasthenie wäre. Es sind auch andere Symptome der hysterischen Charakterveränderung nicht deutlich nachweisbar. L. leidet nicht an pathologischer Verlogenheit. Dagegen kann zugegeben werden, daß L. gegenwärtig an seiner Schuldlosigkeit wenigstens zum Teil selbst glaubt, da die Nervenkrankheit, an welcher er leidet, mitunter mehr als es beim Gesunden der Fall ist, den Wunsch zum Vater des Gedankens macht und bewirkt, daß falsche Behauptungen, welche zum Zwecke des Selbstschutzes wiederholt aufgestellt werden, von dem Urheber schließlich selbst geglaubt werden. So mag es kommen, daß L., der ja an den Fälschungen direkt nicht beteiligt gewesen sein soll, jetzt selbst glaubt, denselben überhaupt fernzustehen. Daß er sich daran aber gar nicht erinnern sollte, ist nicht glaublich.

Die Gefertigten gehen daher ihr Gutachten dahin ab, daß L. weder zur Zeit des Delikts, noch während der Beobachtung des Gebrauches der Vernunft beraubt war. Er leidet an Hystero-Neurasthenie und es ist möglich, daß vorübergehend Symptome eintreten, welche eine Unterbrechung der eventuell zu verhängenden Strafhaft, eventuell die Abgabe in eine Irren- oder Nervenheilanstalt notwendig machen können.

Digitized by Google

Simulation von Schmerzanfällen bei einem Morphinisten.

Ein Gutachten,

erstattet von Oberarzt Dr. **Nerlich**, Waldheim.

Ein gewisser Dr. phil. Curt Oskar Bl. aus R. ist mit den Strafgesetzen seit einer Reihe von Jahren fortwährend in Konflikt geraten. Doch nicht allein den Juristen hat er recht viel zu schaffen gemacht, er hat auch deutschen sowohl wie österreichischen Ärzten reichlich Gelegenheit gegeben sich mit seiner Person zu befassen. Da er voraussichtlich auch in Zukunft wieder Psychiatern in die Hände geraten wird, erscheint es mir nicht unangebracht in dieser weitverbreiteten Zeitschrift das von mir über ihn erstattete Gutachten zu veröffentlichen.

Bl. war am 17. Januar 1903 vom Kgl. Landgericht zu D. wegen Rückfallbetruges zu einer längeren Gefängnisstrafe verurteilt worden, zu deren Verbüßung er am 29. Januar 1903 der Strafanstalt zu Z. überwiesen worden war. Dort war er schon kurz nach seiner Einlieferung von heftigen Schmerzanfällen heimgesucht worden, zu deren Linderung er Morphium erbeten und erhalten hatte. Allmählich waren aber die Schmerzanfälle immer häufiger aufgetreten, sodaß schließlich trotz großer Morphiumdosen von einem Strafvollzug nicht mehr die Rede sein konnte. Am 11. Februar 1904 wurde daher Bl. zur Vornahme einer Morphiumentziehungskur in die Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim versetzt mit dem Bemerken, daß über den Erfolg dieser Kur, sowie darüber, ob Bl. alsdann als strafvollzugsfähig oder nicht anzusehen sei, gutachtlicher Berichterstattung entgegengesehen werde. Die letztere erfolgte am 31. März 1904; um nicht Bl. gegenüber voreingenommen zu sein oder in meinem Urteil beeinflußt zu werden, habe ich von vornherein darauf verzichtet, die über ihn früher von anderen Seiten abgegebenen Gutachten, die sich übrigens, wie ich nachträglich erfuhr, mehrfach widersprachen, einzusehen und mich darauf beschränkt, den Inhalt der Z.er Strafanstalts-

Digitized by Google

akten, insbesondere einen von Bl. selbst verfaßten Lebenslauf, ferner die Ergebnisse der hier stattgehabten Untersuchungen und Beobachtungen, sowie zwei von den Universitäten M. und W. erbetenen Auskünfte bei der Abfassung des folgenden Gutachtens zu verwerten.

Gutachten:

Bl. ist seinen eigenen Aufzeichnungen zufolge am 24. Juni 1862 in Riga geboren, ist erblich zur Seelenstörung nicht disponiert, besitzt von Jugend auf großes Sprachtalent, besuchte seit 1870 das P.er kaiserliche Gymnasium, erlangte 1878 „die Matura", bestand, nachdem er an den Universitäten H. und W. medizinischen Studien obgelegen hatte, „Wintersemester 1880/81 das ‚examen physicum", sattelte dann aber um, um Philosophie zu studieren, und wurde schließlich im „Wintersemester 1883/84 in M. zum Doctor philosophiae" promoviert.

Um seiner Militärpflicht zu genügen, begab er sich nunmehr nach R. zurück, verging sich aber schon im März 1884 „an einem Offizier tätlich", ein Verhalten, welches ihn zur Flucht ins Ausland nötigte. Indem er dort in den verschiedensten Stellungen (als Erzieher, Sprachlehrer, Dozent, Redakteur, Schauspieler u. a. m.) tätig war, erwarb er sich nach und nach das „Beherrschen von 14 Sprachen vollkommen in Wort und Schrift".

Trotz seiner exzeptionellen Veranlagung, vermöge deren er sich leicht seinen Lebensunterhalt hätte erwerben können, hat sich nun aber Bl. fortwährend gegen die Strafgesetze vergangen und einen großen Teil seines Lebens in deutschen und österreichischen Gefängnissen zugebracht (Plötzensee, Mannheim, Graz, Görlitz, Reichenberg i./B., Kronstadt, Wien). Zu seiner Entschuldigung führt er an, daß er seit 1886 unter „Schmerzanfällen" zu leiden habe, welche ihm eine geordnete Tätigkeit und damit die Ernährung seiner Familie unmöglich machten. Nur um seine Frau und seine Kinder nicht zugrunde gehen zu lassen, will er sich vergangen und „Alles nur für die Kinder und auch für die Frau pecciert" haben. „An gutem Willen zur Arbeit", so sagte er, „habe es ihm nie gefehlt, wie denn auch amtlich nachgewiesen sei, daß Trägheit nicht zu seinen Kardinalfehlern gehört" habe. Dieser Versicherung widerspricht indes die in den Z.er Strafanstaltsakten befindliche Notiz, daß „Bl. sein Dasein nur noch

Digitized by Google

von den Erträgnissen seiner Schwindeleien und von den Unterstützungen wohlhabender Verwandter fristet, nicht arbeitet und sich um seine Familie nicht kümmert", ferner, daß er in den Strafanstalten R. und W. sich als „faul" erwiesen, und endlich daß er auch zuletzt in Z. — selbst in den Zeiten, in welchen er unzweifelhaft keine Schmerzanfälle hatte, — bloß $^1/_2$ Einheit[1]) täglich leistete.

Seiner Schmerzanfälle wegen will er sich mehrfachen Operationen unterworfen haben: Ende 1891 wurde ihm eine „Fettgeschwulst aus der linea alba" entfernt, Anfang 1892 ist er laparotomiert worden, bei welcher Gelegenheit „Magengeschwüre entfernt wurden und 1894/95 ist an ihm zum zweiten Male der Bauchschnitt ausgeführt worden mit dem Resultut „Excission von Geschwüren".

All diese chirurgischen Eingriffe, welche angeblich an deutschen und amerikanischen Universitätskliniken vorgenommen wurden, haben ihm keine Besserung seines Leidens gebracht.

Was nun die Schmerzanfälle selbst anbetrifft, so verlaufen dieselben nach seiner Schilderung in der Weise, daß er unter starkem Kopfdruck hinstürzt und a tempo nach dem Sturz äußerst heftigen, strahlenförmig nach oben und unten sich fortpflanzenden Schmerz in der Gallenblasengegend, sowie in der ganzen rechten Magen- und Unterleibsgegend empfindet, welcher beim leisesten „Auskultieren" sich bis zur Unerträglichkeit steigert. „Gleichzeitig wird dieser krampfartige Zustand, welcher wenigstens $4^1/_2$ bis 14 Stunden und auch noch länger anhält, fast stets von Gallenschleim und oft auch von Bluterbrechen begleitet: dabei besteht hochgradige Atemnot und Cyanose und oft auch psychische Stumm- und Blindheit."

Zur Linderung seiner Schmerzen hat er seit 1888/89 Morphium genommen und in der Folgezeit auf sein Verlangen auch in den meisten Gefängnissen verabreicht erhalten. Sobald ihm dasselbe versagt, durch andere Mittel ersetzt oder nicht zugänglich war, kam es, wie aus den Akten ersichtlich ist, zu Hallu-

[1]) Unter einer Einheit versteht man das Arbeitspensum, welches ein gesunder Gefangener innerhalb einer Stunde zu leisten vermag.

Digitized by Google

zinationen des Gesichts (1893 in M.) oder auch zu maniakalischen Erregungszuständen (1891 in D.).

Seine Schmerzanfälle sind, wie er weiter berichtet von zahlreichen Gefängnisärzten und hervorragenden Psychiatern beobachtet und gedeutet worden; mit ihnen hat sich einmal auch ein „fakultatives Gutachten der P.er medizinischen Fakultät" zu befassen gehabt. Zu einem feststehenden, allgemein gültigen Resultat ist, wie er in sarkastischer Weise bemerkt, keine der begutachtenden Personen gelangt.[1])

Bl. selbst verwahrt sich in seinem Lebenslauf energisch gegen die Annahme Simulant zu sein und führt dafür, daß er nicht simuliere, einige Vorfälle, bei welchen er durch seine Anfälle direkt geschädigt worden sei, an: er sei in Amerika „auf öffentlicher Straße, wo er sich hilflos in Schmerzen wand, elend bestohlen worden", seine Schmerzanfälle hätten ihn 1891 in D. um seine gute Stellung gebracht, hätten in K. seine Entlassung aus dem Gefängnis verzögert, so daß er nach W. ausgeliefert werden konnte, und hätten auch bei seiner letzten Verhaftung im Kaisercafé zu D. durch ihr unerwartetes Einsetzen seine Flucht verhindert. Seine Beteuerung, daß er das L.sche Sanatorium bei D. wegen seiner Schmerzanfälle habe verlassen müssen, fand durch den Akteninhalt keine Bestätigung; seine Entfernung von dort erfolgte, weil er dringend verdächtig war, Kurgäste bestohlen zu haben.

Von Interesse ist schließlich noch, daß er in der Strafanstalt Z. alle möglichen Anstrengungen gemacht hat, um Morphium zu erhalten und daß je öfter er dieses Medikament bekam, um so häufiger seine Anfälle auftraten.

Als Bl. am 11. Februar 1904 der hiesigen Anstalt für Geisteskranke zugeführt wurde, stand er unter der Wirkung des ihm unterwegs von den Transporteuren verabreichten Morphiums: seine Pupillen waren außerordentlich verengt und außerdem bestand lebhaftes Zittern der Hände. Geistig war Bl. indes vollkommen klar, über Zeit und Ort vorzüglich orientiert und auch über den Zweck seiner Verbringung in die Irrenanstalt unter-

[1]) Leider sind die Gutachten dem Bl. ihrem Inhalt nach im wesentlichen bekannt gegeben worden.

Digitized

richtet. Dabei zeigte er sich übertrieben devot und suchte durch Schmeicheleien für sich zu gewinnen, sowie durch Schilderung seiner „unerträglichen Schmerzanfälle" Mitleid zu erregen. Unter Tränen bekundete er, daß er an seinen Kindern sehr hänge und bloß ihretwegen zum Betrüger geworden sei; er berichtete sodann, indem er aus dem Weinen in eine gewisse Lebhaftigkeit geriet, daß seine Schmerzanfälle mit scheußlichem Erbrechen und Atemnot einsetzten, weiterhin den ganzen Leib ergriffen, jedoch nicht auf Brust und Rücken übergingen, und daß sie bis zu 26 Stunden anhielten, wenn ihm nicht Morphium, das er auch hier zu erhalten hoffe, verabreicht würde. Bei dem Andenken an seine ihm unvergeßliche Mutter verschwor er sich, daß er seine Schmerzanfälle nicht vortäusche und führte zum Beweis dafür an, daß er ihretwegen aus dem L.schen Sanatorium, in welchem er unentgeltlich Aufnahme gefunden, verwiesen worden sei, sowie, daß er nur durch sie vorteilhafte Stellungen, die ihn vollkommen ernährten, verloren habe. Gegen die Annahme, daß er geisteskrank sei und deshalb in eine Irrenanstalt gehöre, legte er aufs entschiedenste Protest ein. Schließlich wollte er schon nach dieser einmaligen Unterredung ein endgültiges Urteil über seinen Zustand herauspressen und ließ hierbei durchblicken, daß es wohl am praktischsten wäre, ihn nicht mehr dem Strafvollzug zu unterwerfen, sondern einem Krankenhause zu übergeben. Sollte er aber, so erklärte er mit Emphase, wider Erwarten hier in der Irrenanstalt zurückgehalten werden oder etwa kein Morphium erhalten, so könne er nicht anders handeln als sich das Leben zu nehmen. Als er darauf aufmerksam gemacht wurde, daß der Gedanke an Selbstmord doch gar nicht in Einklang mit seiner angeblich großen Liebe für seine Kinder zu bringen sei, wurde er ziemlich verlegen, faßte sich aber schnell und äußerte: „Ja, ja, ich sehe schon, Sie sind gegen mich präokkupiert".

Von einer körperlichen Untersuchung wurde zunächst, da Bl. noch unter der Wirkung von Morphium stand, abgesehen. Auf die Wachabteilung verbracht, suchte er sich sofort beim Wärterpersonal durch Taschenspielerkunstücke beliebt zu machen und erkundigte sich zugleich aufs eingehendste nach etwaigen Extragenüssen, deren er teilhaftig werden konnte.

Digitized by Google

Um über die Schmerzanfälle Bl.s möglichst bald ins klare zu kommen, wurde in Aussicht genommen, dem Gefangenen das Morphium plötzlich zu entziehen; doch wurde sowohl er selbst wie auch das Wärterpersonal hierüber in Unkenntnis gelassen. Da vorauszusehen war, daß Bl. auf alle mögliche Art und Weise sich von der erhaltenen Morphiumdosis würde Kenntnis zu verschaffen suchen, wurde der Apotheker veranlaßt, ein äußerlich den übrigen hier gebrauchten Injektionsgefäßen gleiches Fläschchen mit destilliertem Wasser zu füllen, aber mit der Etikette Morphiumlösung zu versehen. Wie angebracht diese Vorsichtsmaßregeln waren, lehrte die Folgezeit, da Bl. das Wärterpersonal, welches ihm natürlich eine richtige Auskunft gar nicht geben konnte, fortwährend peinigte, ihm die Aufschrift, sowie das Aussehen derselben zu verraten.

Am Mittag des folgenden Tages bekam Bl. einen Anfall, den ich nicht selbst beobachten konnte. Wie gleich hier eingeschaltet werden soll, traten die Schmerzanfälle in der Regel nur dann auf, wenn Bl. mutmaßte, daß ich — etwa infolge von Sektionen, dienstlichen Besprechungen usw. — nicht leicht zu erreichen war.

Während dieses Anfalles, welcher mit Erbrechen begann, ist Bl. völlig bei Bewußtsein gewesen: er machte darauf aufmerksam, daß das Erbrochene Gallenschleim und Blutfasern enthalte — was jedoch die später vorgenommene Inspektion nicht bestätigte —, suchte seine Schmerzen zu demonstrieren, jammerte, stöhnte und schrie laut nach Morphium. Als er nun eine Spritze destillierten Wassers injiziert erhielt, suchte er bei den Wärtern, deren Gesichtszüge er scharf im Auge behielt, durch die Bemerkung, er habe doch wohl nur Wasser bekommen, auf den Busch zu klopfen, beruhigte sich aber bald bei der Versicherung, daß ja auf dem Fläschchen Morphiumlösung von Apothekershand verzeichnet stände.

Nach dem Anfall, der im ganzen $2^1/_2$ Stunde dauerte, nahm Bl. sofort $^3/_4$ Pfund Schwarzbrot zu sich, lehnte dagegen eine diätetische Behandlung seines durch das Erbrechen doch sicherlich geschwächten Magens ab. Wie schon jetzt hervorgehoben werden mag, hat der Gefangene trotz seiner Schmerzanfälle — abgesehen von einigen wenigen Speisen, die er, verwöhnt wie er ist, offen-

Digitized

bar nicht gern ißt — selten eine Kostart verschmäht und infolgedessen sogar 9 Pfund zugenommen. Am 22. Februar trat ein zweiter Anfall auf, der genau wie der erste verlaufen sein soll.

Zwischen den Anfällen war Bl. stets gleichmäßiger Stimmung, manchmal heiter, manchmal besonders bei Nichterfüllung seiner vielfachen Wünsche etwas gereizt, er hatte über Vorgänge, die sich in seiner Nähe abspielten, ein treffendes Urteil, erkannte sofort die Schwächen einzelner Beamten, suchte sich fortwährend über die Einrichtungen der Irrenanstalt und des Zuchthauses zu unterhalten und sich Lesestoff zu verschaffen, hat aber niemals Lust zu einer geregelten Tätigkeit zu erkennen gegeben; im übrigen glaubte er seiner Umgebung gegenüber den hochgebildeten Mann herauskehren zu sollen, was ihn indes nicht hinderte schwächlichen und wehrlosen Patienten Speisen wegzunehmen. Über ihm unangenehme Vorfälle ging er leicht hinweg, war stets mit sophistischen Entschuldigungen bei der Hand, sprang unvermittelt auf ein anderes Thema über und wollte durch anmaßendes Wesen sowie durch den Gebrauch von Fremdwörtern imponieren. Bald zeigte es sich aber, daß er Fremdwörter nicht immer im richtigen Sinne gebrauchte. In einem Briefe nannte er sich nämlich einen „misogynen" Pessimisten, ein Ausdruck, welcher in gar keiner Beziehung zu dem übrigen Inhalt des Schreibens stand. Zu einer Erklärung des Wortes „misogyn" aufgefordert, übersetzte er es mit „menschenfeindlich", fand auch nicht das deutsche Wort für ἡ γύνη und äußerte schließlich, als ihm bedeutet wurde, daß misogyn doch weiberfeindlich heiße, in höchster Entrüstung: „Aber, wie können Sie denken, daß ich das nicht weiß, ich habe doch beim Abiturientenexamen eine griechische Rede gehalten, ich spreche doch 14 Sprachen".

Wenn Bl. nun auch nicht unbedeutendes Sprachtalent verrät, so war doch andererseits nicht zu verkennen, daß er fremde Sprachen nicht so vollkommen beherrscht, wie er behauptet. Als eine der ihm geläufigen Sprachen nannte er beispielsweise die polnische: nichtsdestoweniger übersetzte er aber „ihr habt" mit „mate", während es in Wirklichkeit „maczie" heißt. — Nicht selten renommierte er auch mit seinen medizinischen Studien. Bei den vielfachen Beobachtungen, denen er sich in psychiatrischen

Digitized by Google

Kliniken und Irrenanstalten unterziehen mußte, konnte es freilich nicht wundernehmen, daß ihm eine Reihe von medizinischen und speziell psychiatrischen Ausdrücken geläufig war, indes stellte sich bei näherem Eingehen auf sein medizinisches Wissen doch heraus, daß dasselbe ein außerordentlich geringes war: um nur etwas zu erwähnen, meinte er z. B., daß eine Kyphose eine „Rückenmarksentzündung" sei. Auch seine philosphischen Kenntnisse waren nicht so bedeutend, daß man bei ihm ein tieferes Eindringen in die Arbeiten eines Schopenhauer, eines Haeckel und Nietzsche, mit denen er sich beschäftigt haben wollte, anzunehmen gezwungen war; er hatte offenbar Vorlesungen gehört oder Essays und Feuilletonartikel über diese Autoren gelesen, ihren Geist aber nicht erfaßt.

Diese geringen Kenntnisse hatten den Verdacht erregt, daß Bl. wahrscheinlich gar nicht das erste medizinische und das philosophische Doktorexamen bestanden haben dürfte. Anfragen bei dem Dekan der medizinischen Fakultät in W. und demjenigen der philosophischen Fakultät in M. ergaben als Bestätigung, daß Bl. weder das Tentamen physicum noch das philosophische Rigorosum abgelegt hatte.

Inzwischen war auch die körperliche Untersuchung vorgenommen worden, welche unter Weglassung aller nebensächlichen Befunde kurz folgendes zutage förderte:

Haut blaß, keine Spur einer gelblichen Verfärbung.

Pupillen mittelweit, gute Reaktion. Kurzsichtigkeit geringen Grades.

Lungen ohne Besonderheiten. Herz nicht vergrößert. Herztöne rein. Puls 72 Schläge in der Minute. Leichtes vasomotorisches Nachröten.

Keine Bewegungs- und Empfindungsstörungen, Kniescheibensehnenreflexe etwas lebhaft, doch nicht krankhaft gesteigert.

Leberdämpfung mit dem Rippenbogen abschneidend. Urin klar, zucker- und eiweißfrei. Rechts vom Nabel und diesen bogenförmig umfassend befindet sich eine über den Eingeweiden verschiebliche Narbe, welche handbreit unterhalb des Brustbeines beginnt und $1\frac{1}{2}$ Finger breit unterhalb des Nabels endigt. Beim Betasten der Magengrube, der ganzen linken Bauchseite sowie

Digitiz

der Leber- und Blinddarmgegend wird auch nicht der geringste Schmerz empfunden: dagegen zuckt Bl., sobald man sich einer etwa halbhandtellergroßen rechts von der obenerwähnten Narbe gelegenen Stelle mit der Hand nähert, so stark zusammen, daß eine genaue Untersuchung dieser Partie nicht möglich wurde. Um zu sehen, ob der Gefangene wirklich an dieser Stelle so große Schmerzen empfinde, ließ ich meinen Bleistift, wie unabsichtlich, zur Erde fallen: in seiner devoten, kriecherischen Weise bückte sich Bl. sofort, um ihn aufzuheben. Hierbei legten sich die Bauchdecken gerade über der Stelle, an welcher soeben noch die geringste Berührung unerträgliche Schmerzen verursacht hatte, in einer tiefen Falte nach innen, ohne daß Bl. auch nur eine Miene verzog. Gegen eine Schmerzhaftigkeit dieser Stelle sprach ferner auch, daß der Sträfling beim Lesen entweder die Bücher auf den Leib stellte oder sich stark nach vornüber beugte, sowie der Umstand, daß er beim Eintritt der Visite sich plötzlich aus der Bettlage in die Höhe richten konnte.

In der Meinung, daß Bl. sich doch vielleicht einmal eine Blöße geben könnte, wurde er regelmäßig seiner Schmerzanfälle wegen bedauert. Und in der Tat ließ er endlich alle Vorsicht beiseite, faßte Vertrauen und ging ganz aus sich heraus. Er bedankte sich in überschwänglichen Worten für die gute Behandlung und äußerte, daß er, wenn er nicht vom Wohlwollen des Arztes überzeugt wäre, hier „ebensolche Zicken wie in Z. ausführen" würde. Als ihm vorgehalten wurde, daß man hier noch andere Mittel habe, um seiner Herr zu werden, setzte er sich aufs hohe Roß und bemerkte: „Nun, was wollen Sie denn mit mir anders machen, gehungert habe ich, im Arrest bin ich gewesen, was bleibt da noch übrig, ich habe alles durchgekostet". Auf die Erwiderung, daß man ihm beispielsweise ein Brechmittel applizieren könne, gab er triumphierend zur Antwort: „Das Erbrechen tut mir nichts, das bin ich doch gewöhnt." Um nun zu sehen, ob er in der Tat Schmerzen empfinde und solche auch zu ertragen gewohnt sei, wurde ihm nun weiter gesagt, daß dieses Brechmittel starke Muskelschmerzen verursache, worauf er ziemlich kleinlaut sagte: „Ach so, ja, das habe ich nicht gewußt, das ist mir neu."

Digitized by Google

Sodann suchte er zu erfahren, ob etwa bereits Schritte zu seiner Ausweisung unternommen seien und begründet seine Angst vor derselben damit, daß er von Rußland wegen politischer Vergehen verfolgt würde, er habe einem russischen Regierungspräsidenten eine Ohrfeige gegeben und gleichzeitig gedroht auch dem russischen Kaiser einen Stoß ins Herz versetzen zu wollen.

Weiter suchte er alle möglichen Extragenüsse, wie Beefsteaks, Eier etc. herauszuschlagen, wobei er anführte, daß er sich überall — wenn es nicht anders ging selbst durch Bestechung — Annehmlichkeiten verschafft habe. Unter Berufung auf seine selige Mutter, welcher er — wiewohl Dissident — geschworen habe, an rituellen Gebräuchen festzuhalten, bat er um Verabreichung der jüdischen Osterkost; als ihm dieselbe unter Hinweis auf einen im vorigen Jahre erfolgten Bescheid der Strafanstaltsdirektion zu Z. abgelehnt wurde, war er sofort mit der offensichtlichen Unwahrheit bei der Hand: „Ja, aber für dieses Jahr ist sie mir versprochen worden."

Als sein Verlangen nach Extragenüssen dilatorisch behandelt wurde, gab er endlich unverhohlen seinem Morphiumhunger Ausdruck und erzählte, daß in Z. regelmäßig die Anfälle, wenn ihm eine zweite Injektion provisorisch bewilligt wurde, weggeblieben wären. Als er daraufhingewiesen wurde, daß der über ihn geführte Krankenbogen gerade das Gegenteil beweise, brach er ganz entrüstet in die Worte aus: „Ich lüge nicht, mich hat noch niemand der Lüge zeihen können."

Sowohl die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung, wie auch die verschiedenen Unterredungen hatten bei mir die Meinung geweckt, daß Bl. ein geriebener Schwindler sei, der wahrscheinlich Schmerzen nur vortäusche, um Morphium zu erlangen. Hierin wurde ich noch bestärkt, als es mir am 28. Februar gelang, einen Schmerzanfall mit eigenen Augen anzusehen. Bl. hatte gerade erbrochen: das Erbrochene bestand nur aus kleingekautem Brot, wiewohl er wieder Gallenschleim von sich gegeben haben wollte. Er war völlig bei Bewußtsein, jammerte, stöhnte, hielt zeitweise den Atem an, so daß er über und über rot im Gesicht wurde, setzte dabei die Bauchpresse in Tätigkeit, würgte, machte Anstalten sich nach vornüber fallen zu lassen und bat laut um

Digitiz

Morphium, da sonst seine Brechneigung nicht aufhöre. Seine Gesichtszüge waren nicht in der Weise, wie man es sonst an jedermann bei heftigen Schmerzen wahrzunehmen vermag, verzerrt, sondern mehr finster verschwommen, welcher Eindruck noch durch ein mäßiges Herabhängenlassen der Augenlider vermehrt wurde. Die körperliche Untersuchung war zwar bei dem lebhaften Agieren Bl.s etwas erschwert, doch ließ sich feststellen, daß seine Pupillen von normaler Weite waren, sein Puls nur 76 Schläge in der Minute betrug und seine Hände, auf deren Zittern er übrigens aufmerksam machte, nur willkürlichen Zuckungen gehorchten. Eine Palpation seines Unterleibes in der Zeit, in welcher er gerade nicht preßte, ergab keine außergewöhnliche Darmbewegung, keine Schmerzhaftigkeit der Magen- und Lebergegend, ja selbst die am Nabel gelegene obenerwähnte Stelle konnte jetzt ohne erhebliche Schmerzäußerung berührt werden, was wohl dem Umstande zu verdanken war, daß Bl. die von seinem Rücken her kommende Untersuchungshand nicht mit den Blicken verfolgen konnte. Die Einspritzung von destilliertem Wasser hatte zur Folge, daß der Schmerzanfall sofort nachließ und nach $2\frac{1}{2}$ Stunden völlig verschwunden war. Nach der Injektion machte Bl. wieder Anstrengungen zu erfahren, ob er wirklich Morphium erhalten hatte. Indem er die Gesichtszüge des Arztes sowohl wie die der Wärter im Auge behielt, meinte er: „Sehen Sie, jetzt merke ich, daß mir Morphium injiziert wurde, die Injektionsstelle wird blaß, die Resorption des Morphiums beginnt." Als er die umstehenden Personen nicht eine Miene verziehen sah, war er überzeugt, daß eine Morphiumeinspritzung stattgefunden hatte.

Die ganze Art und Weise des Verlaufes des Schmerzanfalles, der vollkommen gemacht aussah, und das Benehmen Bl.s während desselben hatte mir die Gewißheit gebracht, daß Bl. Schmerzen vortäusche, nur konnte ich mir zunächst noch kein Bild vom Zustandekommen des Brechaktes machen und war auf die Vermutung angewiesen, daß dasselbe vielleicht künstlich hervorgerufen würde. Dem Wärterpersonal, das hierüber keine Auskunft zu geben vermochte, wurde strengste Aufmerksamkeit nach dieser Richtung hin zur Pflicht gemacht. Die daraufhin intensiv durch-

Digitized by Google

geführte Beobachtung blieb Bl. nicht verborgen und wurde ihm allmählich unheimlich, so daß er sich bald in den heftigsten Worten beschwerte und Rektifizierung der Wärter forderte. Als dieselbe mit der Begründung, daß die Wärter nur ihre Pflicht täten, abgelehnt wurde, gebärdete er sich immer erregter, ließ sich in seinen Ausdrücken recht gehen, legte sich schließlich auf die Seite und bemerkte: „Nun habe ich von allem genug, ich werde hungern, dann ist in 18 Tagen alles vorüber." Drei Tage setzte er diese freiwillige Hungerkur wirklich fort und betrachtete alle Welt mit wütenden Blicken; man sah ihm dabei an, daß es in seinem Innern mächtig arbeitete, und daß er nach einem Entschluß rang, nach einen Ausweg suchte. Am vierten Tage fing er „einem Wärter zuliebe" an zu essen, wobei er sofort seinem Magen $^3/_4$ Pfund Schwarzbrot zumutete und forderte zugleich Papier und Feder, um sich zu „purifizieren". In dem Schriftstück, welches er dann überreichte, stellte er die Tatsachen direkt auf den Kopf und versicherte, daß er „ja nie ein Geheimnis daraus gemacht habe, daß er das Erbrechen durch Hineinstecken des Fingers, ja der ganzen Hand in den Mund hervorriefe, weil er nur auf diese Weise seinen Magen entlasten und seine Schmerzen verringern könne!"

Die jetzt noch eintretenden Schmerzanfälle am 8., 19. und 28. März verliefen stets ohne Erbrechen, wiewohl Bl. jedesmal unaufhörlich preßte und würgte, um dasselbe hervorzurufen. Sie hörten nach Injektion von destilliertem Wasser, wie die vorhergehenden, nach $2^1/_2$ Stunden auf. Übrigens blieben auch Anfälle, welche er unter lebhaftem Händezittern ankündigte, aus, sobald bestimmte Wärter, welche ihm als intelligente Beobachter aufgefallen waren, in seiner Nähe weilten. Der Anfall am 19. März war besonders noch deswegen interessant, weil Bl. mitten in demselben über die Naivität eines Wärters, der eine zynische Bemerkung von ihm nicht verstand und verkehrt auffaßte, zu lachen anfing.

Der Schlaf war, wenn er nicht gerade durch äußere Vorgänge beeinflußt wurde, stets recht gut, der Stuhlgang meist etwas angehalten. Gallensteine wurden in dem letztern nie gefunden, trotzdem Bl. hin und wieder behauptete, solche verloren zu haben.

Digitiz

Aus den vorstehenden Aufzeichnungen erhellt zur Genüge, daß Bl., welcher — wie überall, so auch hier — bei jeder Gelegenheit Morphiumhunger zu erkennen gegeben hat, seit Jahren an Morphinismus leidet. Als Ausdruck seiner Morphiumsucht sind die Halluzinationen und maniakalischen Erregungszustände, die er in vergangenen Zeiten gehabt hat, aufzufassen, denn bekanntlich pflegen sich derartige Symptome — nebst einer Reihe anderer — sehr oft in der Abstinenzperiode einzustellen, um bei Verabreichung von Morphium wieder zu verschwinden.

Bl. hat während seines hiesigen Aufenthaltes auch nicht die geringste Morphiumdosis erhalten: nichtsdestoweniger darf man sich nicht der Hoffnung hingeben, daß er von seiner Morphiumsucht dauernd geheilt ist. Erfahrungsgemäß werden nämlich Morphinisten außerordentlich leicht rückfällig, besonders aber dann, wenn sie bereits über längere Zeit hinaus dem Morphium gehuldigt haben. So wird voraussichtlich die Heilung Bl.s nur eine temporäre sein; er wird auch in Zukunft alle Hebel in Bewegung setzen, um sich die ihm so angenehme Wirkung des Morphiums zu verschaffen.

Es kann ferner keinem Zweifel unterliegen, daß Bl. an einer ausgesprochenen geistigen Störung nicht leidet. Ist er doch hier stets frei von Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Verwirrtheitszuständen gewesen, und was seine Gereiztheit und Aufregung, sowie die während der freiwilligen Hungerkur vorhandene gedrückte Stimmung anbetrifft, so können diese Erscheinungen als pathologische nicht aufgefaßt werden, da sie ihre natürliche Erklärung in der intensiven, scharfen Beobachtung finden. Bl. beurteilt seine Lage und die mit ihm in Berührung kommenden Personen in treffender Weise und hat gezeigt, daß er eine sehr gute und rasche Auffassungsgabe besitzt. Irgendwelche Zeichen von Hysterie hat bei ihm die hiesige Beobachtung nicht zutage gefördert, denn das kurz vor und während der Anfälle vorhandene Händezittern ist ein willkürliches, das Bl. bei seiner schauspielerischen Begabung leicht in Szene zu setzen imstande ist, wie denn auch die Schmerzanfälle selbst als solche hysterischer Natur nicht angesehen werden dürfen.

Bevor ich mich indes zur Betrachtung der Schmerzanfälle

Digitized by Google

wende, muß ich mich zunächst noch einen Augenblick mit der ganzen Persönlichkeit des Gefangenen befassen.

Bl. tritt außerordentlich selbstbewußt und anmaßend auf und prahlt mit seinen Kenntnissen, seinen medizinischen Studien und seinem Doktorgrad. In Wirklichkeit ist diese Arroganz und Aufgeblasenheit nur eine Maske, hinter welche er seine Ignoranz verbergen will. Wäre er wirklich der hochgebildete Mann, für den er sich ausgibt, so würde er nicht in seinem Lebenslauf von „der Matura" statt dem Maturus, nicht von „Excission" statt Excision, nicht von einem „fakultativen" statt von einem Fakultätsgutachten sprechen, er würde ferner nicht misogyn mit menschenfeindlich übersetzen, nicht von einem „Auscultieren" des Leibes sprechen, wenn es sich um ein Palpieren desselben handelt, und auch nicht die erste medizinische Prüfung ein Examen nennen. Seine allgemeine Bildung ist also keineswegs eine große und auch seine Sprachkenntnisse sind — wenigstens im polnischen — unzweifelhaft nicht so „vollkommen", als er vorgibt. Seine weitere Behauptung, daß er medizinische und philosophische Vorlesungen besucht habe, läßt sich zwar nicht mit Sicherheit widerlegen, wenn er aber angibt, daß er das Tentamen physicum und das philosophische Rigorosum abgelegt hat, so haben die eingezogenen Informationen die Unwahrheit dieser Versicherung ergeben. Auch beim Anführen des Grundes, welcher seine Flucht aus R. herbeigeführt hat, hat er sich in Widerspruch verwickelt: entweder hat er beim Abfassen seines Lebenslaufes, demzufolge er wegen eines tätlichen Angriffes auf einen Offizier flüchten mußte, oder bei der Unterredung, bei welcher er seine Flucht als durch ein Majestätsverbrechen bedingt hinstellte, gelogen. Außerdem ist auch seine Angabe, daß es ihm an gutem Willen zur Arbeit nie gefehlt habe, durch den Akteninhalt sowohl wie durch sein ganzes Tun und Treiben in der hiesigen Anstalt als widerlegt zu betrachten, denn in den Gefängnissen R., W. und Z. hat er sich als absolut träge erwiesen und hat auch hier, wo seine Schmerzanfälle doch recht selten auftraten und bloß von kurzer Dauer waren, nicht den geringsten Beschäftigungstrieb zu erkennen gegeben, sondern seine Zeit mit Lesen, Unterhalten und Ausspionieren totgeschlagen. Die Beschaffenheit seiner Wahrheits-

Digitiz

liebe kennzeichnet zudem auch seine ihm nur mühsam abgerungene Erklärung, daß er ja nie ein Geheimnis von dem künstlichen Zustandekommen seines Erbrechens gemacht habe, während er doch bisher bei jeder Gelegenheit betont hat, daß das Erbrechen gerade ein Symptom — und noch dazu ein sehr unangenehmes — seines Leidens sei. Für seine große Verlogenheit spricht ferner, daß er aus dem L.schen Sanatorium wegen seiner Schmerzanfälle ausgewiesen worden sein will, während er in Wirklichkeit dasselbe wegen Bestehlens der Kurgäste verlassen mußte. Daß ihm endlich in dem Z.er Gefängnis für dieses Jahr jüdische Osterkost versprochen worden sei, ist völlig ausgeschlossen, wie denn auch seine Behauptung, eine zweite Morphiumdosis habe stets einen zweiten Anfall nicht aufkommen lassen, auf Grund des Z.er Krankenbogens als eine absichtlich auf Täuschung berechnete anzusehen ist.

Bl. ist demnach — um es kurz zu sagen — eine durchaus unglaubwürdige, verlogene Persönlichkeit, welche mit der Wahrheit auf gespanntem Fuße steht.

Ist dies aber der Fall, dann wird man sich seinen Beteuerungen gegenüber, daß er an Schmerzanfällen leidet, von vornherein skeptisch verhalten müssen. Zwar verwahrt sich Bl. mit aller Entschiedenheit gegen die Annahme einer Simulation seiner Anfälle und führt für ihr Vorhandensein ins Feld, daß er durch ihr unerwartetes Einsetzen oft geschädigt und um seine Stellungen gebracht worden sei; allein alle Beweise, welche er vorbringt, halten einer strengen Kritik nicht stand.

Beispielsweise will er auf „öffentlicher Straße" während seiner Schmerzanfälle elend bestohlen worden sein; dieser ganze Vorgang ähnelt aber doch zu sehr dem bekannten Gaunertrick, auf welchen heutzutage so leicht niemand mehr hineinfällt. In Wirklichkeit wird Bl. mittellos gewesen sein und durch Schmerzanfälle auf das Mitleid und den Geldbeutel vorübergehender Personen spekuliert haben. Seine Stellung in D. hat er 1891 bestimmt nicht wegen seiner Schmerzanfälle, sondern wegen seiner tobsüchtigen Erregung, die in der Morphiumabstinenzperiode auftrat, verloren, und seine Entlassung aus dem K.er Gefängnis sowie seine Flucht aus dem D.er Kaisercafé sind nicht durch die

Digitized by Google

Schmerzanfälle verhindert worden, sondern er hat wahrscheinlich durch Vortäuschen von Schmerzen seine Auslieferung nach W., die bereits im Gange war, sowie seine Verhaftung in D., die jeden Augenblick bevorstand, verhindern und womöglich seine Überführung in ein Krankenhaus erreichen wollen, aus welchem ihm später ein Entkommen leichter möglich gewesen wäre.

Wenn nun einerseits die von Bl. gegen eine Simulation der Anfälle angeführten Gründe als stichhaltige nicht anerkannt werden können, so spricht andrerseits nicht mehr wie alles für ein Vortäuschen derselben.

Über die Natur seiner Schmerzanfälle wird man am besten ins klare kommen, wenn man sich die Frage vorlegt, von welchen Organen des Unterleibes dieselben etwa ausgelöst sein dürften.

Krankheiten des Blinddarmes und der Milz sind ohne weiteres auszuschließen, da an den Stellen, wo diese Organe liegen, eine Druck- oder Schmerzempfindung überhaupt nicht vorhanden ist; auch die Bauchspeicheldrüse und die Nieren können aus demselben Grunde sowie deswegen, weil der Harn aller pathologischen Bestandteile ermangelt, nicht erkrankt sein.

Am ehesten würde man an ein Leber- bezw. Gallenblasenleiden denken können, zumal Bl. selbst auf das Bestehen eines solchen wiederholt hingewiesen hat. Allein einmal ist eine Vergrößerung der Leber nicht nachweisbar, sodann haben sich niemals Gallensteine im Kot vorgefunden, weiter ist die gelbliche Hautfärbung, die bei Gallensteineinklemmungen die Regel bildet, nicht ausgeprägt und schließlich fehlt auch der in den Rücken ausstrahlende Schmerz sowie das Erbrechen galliger Massen. Nun hat ja freilich Bl. Erbrechen gehabt, indes hat das Erbrochene nie etwas anderes als Speisebrei enthalten, und dann ist ja dieses Erbrechen, wie Bl., in die Enge getrieben, zuletzt zugegeben hat, künstlich von ihm herbeigeführt worden. Alle diese Momente machen daher die Annahme, daß der Gefangene an einer Leberkrankheit leiden könnte, hinfällig.

Bl. hat nun zeitweise aber auch angedeutet, daß seine Schmerzanfälle mit dem Magen zusammenhängen und für die Alteration dieses Organes angeführt, daß er zweimal wegen „Magengeschwüren“ laparotomiert worden sei. Das ist jedoch ganz sicher

Digitized

nicht der Fall gewesen, weil der Sitz der Bauchnarbe gar nicht charakteristisch für eine am Magen vorgenommene Operation ist: bei solchen nämlich wird der Bauchschnitt entweder in der Magengrube oder längs des linken Rippenbogens vollführt. Im Gegenteil muß angenommen werden, daß des Gefangenen Magen völlig gesund ist, sonst würde derselbe, als ihm eine dreitägige Hungerkur und dann sofort eine große Menge Schwarzbrot auf einmal zugemutet wurde, sicherlich sofort rebelliert haben, was nicht geschah; zudem hat sich Bl. fast überreichlich genährt und manchmal den Magen sogar überfüllt, ohne daß ein Schmerzanfall ausgelöst wurde. Dazu kommt, daß alle anderen Erscheinungen, welche bei einer Magenerkrankung sich einzustellen pflegen (Sodbrennen, Magenerweiterung etc) völlig fehlen. Daß übrigens das Erbrechen, weil es künstlich hervorgerufen wurde, als Symptom einer Magenkrankheit nicht betrachtet werden kann, bedarf wohl keiner näheren Erläuterung.

Endlich ist auch die Frage zu berühren, ob nicht etwa infolge von Verwachsungen der Baucheingeweide mit der Bauchnarbe die Schmerzanfälle bedingt sein können. Auch das ist ganz unwahrscheinlich. Bl. klagt allerdings über Schmerzhaftigkeit eines kleinen, etwa handtellergroßen Bezirks in der Nähe des Nabels, doch hat er durch sein ganzes Verhalten dokumentiert, daß er erhebliche Schmerzen an jener Stelle nicht haben kann: einmal war jene Partie, als sie während eines Anfalles vom Rücken her — sodaß er die untersuchende Hand mit den Blicken nicht verfolgen konnte — palpiert wurde, schmerzlos, sodann aber hat er sich auch mühelos gebückt und aufgerichtet und ohne Beschwerden Bücher gegen seinen Leib gestützt. Außerdem hätten sich, von etwaigen Verwachsungen ausgehend, während der Schmerzanfälle starke Darmbewegungen nachweisen lassen müssen, welche selbst gegen seinen Willen zu Darmentleerungen führen mußten. Bl. hat nie während oder unmittelbar nach dem Anfalle Stuhlgang gehabt: er hat nie zu Durchfällen geneigt, sondern ist vielmehr stets obstipiert gewesen.

In Ermangelung irgendwelcher nachweisbarer Erkrankungen der Baucheingeweide kann somit Bl. auch nicht Schmerzanfälle haben. Gegen ihr Vorhandensein spricht ferner seine Furcht vor

Digitized by Google

wirklichen Schmerzen, die ihm bei ungezogenem Benehmen durch Applizierung des Brechmittels in Aussicht gestellt worden waren, sowie der Umstand, daß die Schmerzen auch nach Injektion von destilliertem Wasser regelmäßig in kurzer Zeit schwanden, und endlich hatte auch die ganze Art und Weise, wie sich Bl. während seiner Anfälle benahm — das absichtliche Atemanhalten und Pressen, das Lachen usw. in Verbindung mit dem Fehlen jeder Pulsveränderung und Pupillenalteration — etwas Gemachtes, Unnatürliches.

Wie ist nun Bl. darauf verfallen, Schmerzanfälle vorzutäuschen?

Er hat aller Wahrscheinlichkeit nach einmal einen eingeklemmten Nabelbruch gehabt, dessentwegen es bei ihm zur Operation gekommen sein wird. Wie bekannt, rufen nun aber eingeklemmte Brüche in der Regel fast unerträgliche Schmerzen und galliges Erbrechen hervor, und dies wird daher auch bei Bl. früher der Fall gewesen sein; diese seine damaligen Erfahrungen macht er sich nun seit vielen Jahren zunutze und täuscht absichtlich Schmerzanfälle und Erbrechen vor, einmal um Morphium zu erhalten und sodann, um Mitleid zu erregen, dem Strafvollzug zu entgehen und der Vorteile der Krankenhausbehandlung teilhaftig zu werden.

Zum Schluß gebe ich das von mir erforderte Gutachten dahin ab:

1. Bl. ist Morphinist; er hat in vergangenen Zeiten Sinnestäuschungen und Tobsuchtsanfälle als Ausdruck der Morphiumabstinenz gehabt; er hat hier niemals Morphium erhalten.
2. Er ist nicht geisteskrank, beurteilt seine Lage klar, besitzt ein scharfes Urteils- und Auffassungsvermögen und leidet insbesondere nicht an Hysterie.
3. Er ist ein ganz gewöhnlicher, arbeitsscheuer Lügner und Hochstapler, welcher an Schmerzanfällen nicht leidet, dieselben aber vortäuscht
   a) um Morphium zu erhalten,
   b) um Mitleid zu erregen, dem Strafvollzug zu entgehen und der Vorteile der Krankenhausbehandlung teilhaftig zu werden.

Digitized

4. Bl. ist strafvollzugsfähig, wird aber voraussichtlich wie bisher so auch in Zukunft — um seine eigenen Worte zu brauchen — noch allerhand Zicken machen, damit er dem Strafvollzug entgeht.

Nachtrag:

Auf Grund vorstehenden Gutachtens wurde Bl. am 11. Mai 1904 in die Strafanstalt Z. zurückversetzt. Er hat sich dort trotz großer Nachsicht schlecht geführt und die Beamten nach Möglichkeit geärgert und verleumdet. Dabei hat er, als ihm hinsichtlich seiner Schmerzanfälle kein Glauben mehr geschenkt und Morphium nicht mehr verabreicht wurde, fortwährend über allerhand körperliche Beschwerden geklagt, welche sich meist als unbegründet herausstellten, offenbar nur zu dem Zweck, sich die Strafhaft möglichst angenehm zu gestalten. Mit dem Ablauf seiner Strafzeit, am 16. November 1904, wurde er aus Sachsen ausgewiesen und seinem Wunsche gemäß nach der Schweiz abgeschoben.

Auf die Frage, ob Bl. nicht vielleicht in Rücksicht auf seine Verlogenheit und seine Morphiumsucht als ein geistig minderwertiger Mensch zu betrachten sei, habe ich keinen Anlaß gehabt einzugehen. Diese Frage anzuschneiden erübrigt sich solange, als es Anstalten für geistig minderwertige Personen in Deutschland nicht gibt. Im Interesse der Allgemeinheit liegt es allerdings, daß solche Menschen wie Bl. dauernd unschädlich gemacht werden; für die Notwendigkeit der Errichtung besonderer Anstalten für geistig Minderwertige spricht der Fall Bl. eine beredte Sprache.

Digitized by Google

Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen.[1])

Von

Sanitätsrat Dr. **Fauser,** Stuttgart.

Meine Herren! In Nachfolgendem möchte ich zunächst einen Krankheitsfall kurz beschreiben, der mir an sich von klinischem Interesse zu sein scheint; im Anschluß daran möchte ich sodann einige Überlegungen allgemeiner Natur anstellen, die sich mir schon bei früheren ähnlichen Fällen aufgedrängt haben.

Es handelt sich kurz gesagt um einen Kranken, den ich etwas über ein Jahr auf unserer Irrenabteilung zu beobachten Gelegenheit hatte, bei dem während dieser ganzen Zeit weder ich selbst noch verschiedene andere psychiatrisch und neurologisch geschulte Beobachter trotz fleißigen, planmäßigen Suchens irgendwelche Symptome von Paralyse nachweisen konnten, wohl aber im Beginn und Verlauf sämtliche klassischen Zeichen der Manie, resp. des manisch-depressiven Irreseins, und bei dem schließlich doch nach ca. einundeinhalbjähriger Krankheitsdauer, als die völlige Wiedergenesung in unmittelbare Nähe gerückt schien, auf Grund typischer paralytischer Anfälle die Paralysediagnose gestellt werden mußte.

N. N., K. Hofschauspieler, 35 Jahre alt. Ätiologische Angaben quoad Paralyse nicht von dem gewöhnlichen Verhalten abweichend.[2]) Bis jetzt keine geistige Erkrankung. Wird von seiner Gattin und seinen Freunden als eine

[1]) Vortrag, gehalten bei der 35. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 29. und 30. Oktober 1904 in Freiburg i. B.

[2]) Die Krankengeschichte enthält hierüber wie über das ganze Krankheitsbild selbstverständlich detailierte Angaben.

Digitized by Google

„sonnige" Natur geschildert: stets in froher, glücklicher Stimmung, heiter und zuversichtlich gegenüber der Zukunft, voll Lust und Drang sich zu betätigen; wegen seines liebenswürdigen, geselligen Wesens allgemein geschätzt und beliebt. In seinem Beruf hervorragend tüchtig; ist namentlich auch im Besitz eines ausgezeichneten Gedächtnisses, das ihn befähigt, die schwierigsten Rollen in kürzester Frist zu bewältigen. War, namentlich in der letzten Zeit, auf der Bühne stark beschäftigt.

Seit sieben Monaten (vor der Aufnahme) verheiratet; seine Gattin und seine Kollegen haben bis in die letzten zehn Tage nicht das mindeste von seinem gewöhnlichen Verhalten Abweichende an ihm bemerkt; er hat mit derselben Leichtigkeit wie sonst große Rollen auswendig gelernt, ebenso war auch sein Gedächtnis für früher Eingelerntes tadellos, sein Urteil in künstlerischen und anderen Fragen völlig intakt, sein Benehmen beruflich und außerberuflich ohne irgendwelche Veränderung, desgleichen Sprache und Schrift.

Etwa zehn Tage vor der Aufnahme fiel, und zwar ziemlich plötzlich, eine gewisse Ruhelosigkeit und Unstetigkeit an dem Kranken auf: er war leicht gekränkt, mit dem Dienst unzufrieden, der Schlaf wurde weniger gut. Auf seine künstlerische Tätigkeit hatte diese Erregung, die sich in den letzten zwei bis drei Tagen vor der Aufnahme rasch steigerte, so geringen Einfluß, daß er seinen Dienst versehen, eine neue Rolle auswendig lernen und in der betreffenden Novität 36 Stunden vor der Aufnahme auftreten konnte; ein Anstand ergab sich bei der Aufführung nicht, nur schien er nach einem Vermerk der Kritik „etwas zerstreut" zu sein.

Von da an rasche Steigerung der Erregung, große Redseligkeit; in der Nacht vor der Aufnahme allerlei Beglückungsideen, ferner „sein Vater sei gestorben" und ähnliches, lautes Schreien; deshalb am darauffolgenden Vormittag auf die Irrenabteilung verbracht.

Bei der Aufnahme alle Zeichen der manischen Erregung: heitere, gehobene Stimmung (unbändige Lustigkeit, Lachen, Singen und Pfeifen, zu allerlei Schabernack aufgelegt; dazwischen hinein mitunter bei geringfügen Anlässen plötzliche Zornausbrüche); ausgesprochene Ideenflucht mit dem charakteristischen Überwiegen der Klangassoziationen und anderer äußerlicher Verbindungen, zeitweise bis zu ideenflüchtiger Verwirrtheit gesteigert; Betätigungsdrang (habe Pläne zu großen Dramen im Kopf, will künftighin schriftstellerisch tätig sein, seinen Vater, der jetzt gestorben, der Welt ersetzen usw.); große motorische Unruhe (Tanzen, Händeklatschen, Gestikulieren usw.) bis zu schweren tobsüchtigen Erregungszuständen; enormer Rededrang, Deklamieren usw.; Aufmerksamkeit meist stark ablenkbar; während der Höhe der Erregungszustände deutliche Bewußtseinstrübung.

Bei den während der ruhigeren Zeiten vorgenommenen Prüfungen erwies sich das Gedächtnis als intakt; der Kranke verfügte über ausgezeichnete Schulkenntnisse, namentlich tüchtige Kenntnisse in den alten und modernen Sprachen, in der Literatur, und gab spontan und bei diagnostischen Prüfungen

Digitized by Google

den sicheren Beweis der vollen Intaktheit dieser Erinnerungsschätze: das Rechnen ging tadellos vonstatten; die Erzählungen des Kranken über seine künstlerische Laufbahn, überhaupt über sein Vorleben bis in die jüngste Zeit, erwiesen sich, soweit sie nicht durch Ideenflucht und expansive Stimmung beeinträchtigt waren, als richtig und lückenlos; die zeitliche Einordnung seiner Erinnerungen war korrekt. Auch frische Eindrücke, soweit sie überhaupt wahrgenommen wurden, hafteten recht gut. Der Kranke brachte jeweils seine Wünsche (z. B. nach Hause entlassen zu werden) in sehr bestimmter Weise zum Ausdruck und ließ sich kaum einmal durch Gegenvorstellungen davon abbringen und beschwichtigen.

Beide Pupillen auf Licht prompt reagierend, die linke Pupille etwas enger als die rechte; Kniesehnenreflexe beiderseits lebhaft, Sprache und Schrift völlig intakt; keine sensiblen Störungen, insbesondere auch keine Störung der Schmerzempfindlichkeit.

Die Diagnose wurde auf Manie („Tobsucht"), die Prognose für den Einzelanfall günstig gestellt, späterer Übergang in eine depressive Phase als möglich in Aussicht genommen.

Der Verlauf der Krankheit während des einjährigen Aufenthalts des Kranken im Bürgerhospital entsprach der gestellten Diagnose und Prognose. Nach einigen Wochen ermäßigte sich die starke Erregung etwas, der anfangs sehr gestörte Schlaf wurde etwas besser. Die klassischen Symptome der Manie blieben aber bestehen, leichte Remissionen wurden stets wieder durch erneute Exacerbationen unterbrochen. Die immer wieder in systematischer Weise vorgenommenen Untersuchungen auf Paralysesymptome ergaben niemals etwas Verdächtiges oder gar Beweisendes: bei eintretender größerer Besonnenheit erwies sich das Urteil des Kranken in künstlerischen, wissenschaftlichen, allgemein menschlichen Fragen als ein gesundes, Erinnerungsfestigkeit und Merkfähigkeit dauernd intakt: keine abnorme Beeinflußbarkeit der Stimmung und des Willens.

Mit besonderer Aufmerksamkeit wurde eine ca. 6 Wochen nach der Aufnahme aufgetretene, anfangs dunkelrote, dann bläulich-livide, schmerzlose Schwellung beider Ohrmuscheln verfolgt, die symmetrisch auf beiden Seiten beginnend und zunehmend die äußeren Gehörgänge schließlich nahezu ganz verlegte; keine Zeichen einer äußeren Verletzung oder einer Blutung. Es mußte in erster Linie an eine tropho-neurotische Störung, vielleicht unter Mitwirkung äußerer begünstigender Ursachen, gedacht werden.

Digitized by Google

Bei dem Mangel aller verläßlichen Paralysesymptome konnte ich mich dadurch von der ursprünglichen Diagnose nicht abbringen lassen, wenn mir auch jenes Phänomen ein unheimliches Gefühl erregte.

Das Körpergewicht war bei anhaltend gutem Appetit und reichlicher Nahrungsaufnahme des regelmäßig im Dauerbad gehaltenen Kranken von 74 kg bei der Aufnahme in der 14. Woche auf 66 kg gesunken, um von da an wieder langsam auf 73 kg bei der Entlassung zu steigen.

Ich übergehe Einzelheiten und führe nur zusammenfassend an, daß nach etwa Jahresfrist der Zustand sich ganz wesentlich gebessert hatte, wenn auch in Neigung zu Wortwitzen, in großer Redseligkeit, in der Hast der Bewegungen, des Gehens, Sprechens, in lebhaftem Gestikulieren die manische Erregung noch deutlich zutage trat. Die Stimmung hatte in den letzten Wochen seines Aufenthalts im Bürgerhospital einen mehr reizbaren Charakter angenommen, der Kranke querulierte viel, drang auf Entlassung, war oft niedergeschlagen, machte sich Sorgen wegen seines Berufes und seiner Zukunft. Diese Beimischung depressiver Symptome hatte selbstverständlich nichts Beunruhigendes bei einem Fall von Manie, resp. manisch-depressivem Irresein. Auch daß die Krankheitseinsicht nicht gleich eine vollständige wurde, sondern sich zunächst nur auf die Höhepunkte der Erregung erstreckte, hatte nichts Beunruhigendes bei einem Kranken, der immer noch manische Symptome darbot und der im übrigen keinen Intelligenzdefekt aufwies. Der Vollständigkeit halber füge ich hier noch an, daß ich einigemale bei raschem Sprechen des Kranken den Eindruck hatte, als ob seine Sprache etwas schwerfällig sei; aber von andern gleichzeitigen ärztlichen Beobachtern wurde mir widersprochen, und auch seine Gattin, mit der ich darüber redete, fand in seiner Sprechweise nichts Fremdes, gegen früher Verändertes. Die Prüfung der Sprache mittelst der üblichen Wörter und Wörterzusammenstellungen ergab keine Abweichung von der Norm. Schrift ohne Besonderheit; beide Pupillen stets auf Lichteinfall prompt reagierend.

So konnte der Kranke mit den besten Hoffnungen nach seiner Heimat in das Haus seines Vaters (Arztes) entlassen

Digitized by Google

werden. Die Berichte, die ich in der nächsten Zeit erhielt, lauteten durchweg günstig. Seine Gattin, die nach einiger Zeit zu ihm reiste, berichtete mir zwar von dem Fortdauern mäßiger Ideenflucht und Ablenkbarkeit, im übrigen aber von der völligen Intaktheit seines geistigen Besitzstandes, des Gedächtnisses, Urteils und Geschmacks; die Einsicht in das Krankhafte des vorausgegangenen Zustandes nahm immer mehr zu, gleichzeitig das Gefühl der Dankbarkeit gegenüber unserer Anstalt.

Da erhielt ich, vier Monate nach der Entlassung des Kranken, ganz unerwartet einen Bericht seiner Gattin, die mir von einem schweren epileptiformen Anfall des Kranken berichtete. Der Anfall „war ganz unvermutet aufgetreten", die Bewußtlosigkeit und leichte krampfartige Erscheinungen hatten mehrere Stunden gewährt. Nach den Mitteilungen des behandelnden Kollegen war das Benehmen und die Sprache nach dem Anfall wesentlich verändert, die Sprache „in der Artikulation nur für sehr kurze Zeit gestört", dann aber andauernd „sehr langsam und zögernd". Schon vorher war dem Kollegen die Ungleichheit der Pupillen und „die etwas träge Reaktion" derselben aufgefallen (letzteres Symptom bestand bei seiner Entlassung aus unserer Behandlung noch nicht); von anderer (nichtärztlicher) Seite war bemerkt worden, daß der Kranke in der letzten Zeit vor dem Anfall „so viel stiller und ernster" geworden war, während er vorher „immer noch ein sehr lebhaftes Wesen" gehabt und „in seinem Gedankengang und seinen Redewendungen etwas ungemein Sprunghaftes und Unruhiges" darbot.

Damit war natürlich mit einem Schlag die Auffassung des Falles eine total veränderte, die Paralysediagnose sichergestellt. Eine Bestätigung erhielt ich sowohl durch die briefliche Mitteilung des betreffenden Kollegen wie in der jüngsten Zeit durch die persönliche Untersuchung des Kranken selbst, die das vollentwickelte Bild der paralytischen Demenz (schwachsinnige Euphorie ohne irgendwelche Zeichen von Ideenflucht und Bewegungsdrang, ausgesprochene paralytische Sprachstörung, Trägheit der Lichtreaktion der Pupillen) ergab.

Ich resumiere: Ein Jahr lang und darüber besteht ein Zustandsbild, das nach allen seinen klinischen Erscheinungen, nach

Digitized

Krankheitsbeginn und Verlauf mit dem der Manie, resp. des manisch-depressiven Irreseins sich deckt, das weder in der geistigen noch in der körperlichen Sphäre ein paralytisches Symptom erkennen läßt und das nach mehr als Jahresfrist, scheinbar in der Nähe der Genesung, einer anscheinend gut fundierten Diagnose zum Trotz, als der Paralyse zugehörig sich entpuppt.

Wie ist ein solcher Fall aufzufassen?

Ich gestehe, daß ich einen mit dem vorstehenden übereinstimmenden Fall noch nicht gesehen habe, aber ähnliche Fälle, d. h. Paralysefälle vermischt mit manieartigen, resp. manisch-depressivartigen Symptomen sind ja eigentlich etwas ganz Gewöhnliches, nur daß wir in der Regel nicht oder nur mit einer gewissen Scheu diese Beziehung („manisch" etc.) darauf anwenden. — Ich glaube, wenn der vorliegende Fall gleich zu Beginn z. B. mit reflektorischer Pupillenstarre verbunden gewesen wäre, so hätten an der Paralysediagnose wohl von Anfang an kaum Zweifel bestanden, auch solange kein Intelligenzdefekt nachzuweisen war. Und doch ist in solchen Fällen das klinische Problem hinsichtlich der psychischen Symptome im Grunde dasselbe wie in dem vorliegenden Fall, nur daß wir es uns für gewöhnlich gar nicht stellen, weil uns die Erfahrung lehrt, daß eine Verbindung manieartiger, depressiver oder anderer Zustandsbilder mit bestimmten körperlichen Symptomen eben gemeinhin zu paralytischer Demenz führt, auch wenn diese Demenz nicht gleich zu Anfang in die Erscheinung tritt.

Und insofern ist der vorliegende Einzelfall wohl von einiger prinzipieller Bedeutung, weil er zunächst in dem Gewande einer reinen vollentwickelten Manie ohne körperliche Begleiterscheinungen paralytischer Natur auftrat und uns dadurch die Verpflichtung auferlegt, zunächst für diesen extremen Fall, weiterhin aber auch für andere ähnliche über die Beziehungen der klinischen Symptome zu einander uns Rechenschaft abzulegen.

Wäre nun die Sachlage einfach die, daß eines oder das andere einfache psychische Symptom sowohl bei manisch-depressivem Irresein wie bei Paralyse vorkäme, so könnte man sich mit der Annahme einer zufälligen äußerlichen Ähnlichkeit begnügen. Aber dem ist eben nicht so; denn selbst wenn wir das

Digitized by Google

Symptom „Beschäftigungsdrang" oder „Ideenflucht" oder „gehobene Stimmung" je als ein einfaches betrachten wollten — es kommen eben Paralysefälle vor, die mehrere dieser Symptome vereinigen — ganz nach Art des manisch-depressiven Irreseins, die in bezug auf diese Symptome einen ganz ähnlichen Verlauf zeigen wie das manisch-depressive Irresein, und die sich von letzterem nur dadurch unterscheiden, daß sich dazu noch — in der Regel frühzeitig, manchmal erst später — Demenz und bestimmte körperliche Symptome hinzugestellen. Wenn wir von diesen Fällen, von denen ich ein extremes Beispiel eben angeführt habe, ausgehen, dann werden wir bei einer sehr großen Anzahl von Paralysefällen das „Manisch-Depressive" herausfinden, sei es in Form des einfach manischen oder des einfach depressiven Symptomenkomplexes oder der manisch-depressiven Mischzustände oder der Aufeinanderfolge manischer und depressiver Zustände.

Entspricht doch auch schon die Einteilung der klinischen Formen der Paralyse: „expansive", „depressive", „zirkuläre" Formen — von der rein „dementen" Form später! — ganz den Formen, in denen uns das manisch-depressive Irresein entgegentritt!

Die pathogenetische Erklärung dieser Erscheinung wird uns vielleicht erleichtert, wenn wir uns zunächst zwei Fragen vorlegen und beantworten: 1. Kommen neben dem manisch-depressiven Symptomenkomplex nicht auch noch andere, bei andern Krankheitsformen auftretende Symptomenkomplexe bei der Paralyse zur Beobachtung? 2. Gibt es außer der Paralyse nicht auch noch andere Psychosen, in denen zu den der betreffenden Psychose eigentümlich zukommenden, resp. als eigentümlich geltenden Symptomen noch der manisch-depressive und eventuell auch andere koordinierte Symptomenkomplexe sich „beimischen"? Ich will, um einem Irrtum hinsichtlich meiner Auffassung vorzubeugen, schon hier bemerken, daß es sich für mich dabei nicht um bloße Komplikationen, sondern um gleichwertige Äußerungen einer und derselben Grundkrankheit handelt.

Die Frage ad 1 bejahe ich mit dem Hinweis auf die „hysterischen" und „neurasthenischen", mitunter auch moral-in-

Digitized

sanityartigen Symptome, die erfahrungsgemäß mit der Paralyse des öfteren vergesellschaftet sind resp. ihr vorausgehen. Auf Einzelheiten brauche ich hier nicht einzugehen; ich erinnere nur an das neuerdings immer häufiger betonte Auftreten „hysterischer" Symptome nicht nur bei der Krankheitsform „Hysterie", sondern auch bei anderen Krankheitsformen und so auch bei der Paralyse; ich erinnere an die diagnostischen Schwierigkeiten und Irrtümer, die nach diesen Beziehungen, insbesondere nach der Neurasthenie, oft genug auftreten, gerade so wie sie in Beziehung auf das manisch-depressive Irresein auftreten können. Dabei denke ich bei der Neurasthenie hier in erster Linie an die originären Formen, Nervosität und verwandte Zustände. Es geht der ausgesprochenen Paralyse oft genug „ein typischer neurasthenisch-hypochondrischer Zustand voran, der gar nichts Charakteristisches bietet", „Unentschlossenheit, vermehrte gemütliche Reizbarkeit, mehr oder weniger ausgesprochenes Krankheitsgefühl, hypochondrische Selbstbeobachtung und Deutung abnormer Empfindungen, Angstzustände" usw. (aus *Wollenbergs* Darstellung der Paralyse in dem von *Binswanger* und *Siemerling* herausgegebenen Lehrbuch).

Nun sind aber die gedachten Krankheitsformen: manisch-depressives, hysterisches, neurasthenisches, moralisches Irresein die hauptsächlichsten Repräsentanten des „Entartungsirreseins", d. h. derjenigen Krankheitszustände, die hauptsächlich auf endogenen, in der Persönlichkeit selbst gelegenen Ursachen beruhen. Wir können also sagen: Die exogene Krankheitsform „Paralyse" bezieht in zahlreichen Fällen einen Teil ihrer Symptome aus dem Symptomenkomplex endogener Krankheitsformen.

ad 2. Aber nicht nur bei der Paralyse, sondern auch bei andern exogenen Krankheitsformen zeigen sich solche endogene Symptomenkomplexe. Ich erinnere hier z. B. an das „Erschöpfungsirresein": die manieähnlichen Symptome beim Collapsdelirium, bei der Amentia: an Zwangsvorstellungen, Phobieen, impulsive Störungen und andere Symptome „konstitutioneller", „endogener" Neurasthenie, wie sie oft genug zusammen mit der „erworbenen" Neurasthenie sich einstellen.

Digitized by Google

„provoziert", „ausgelöst" durch dieselben Ursachen wie diese und zusammen mit ihr auch wieder zurücktretend; ich erinnere ferner an die manischen und depressiven, hysterischen, neurasthenischen usw. Symptome bei den verschiedenen nichtparalytischen Verblödungsprozessen, insbesondere bei den katatonischen, bei den präsenilen und senilen Involutions- und Verblödungsprozessen, ferner bei Hirntumoren und anderen umschriebenen Gehirnprozessen.

Also: Bei einer ganzen Reihe exogener, auf groben äußeren Schädigungen beruhender und zum Teil mit groben anatomischen Veränderungen verknüpfter Krankheitsformen finden sich endogene, dem Entartungsirresein zugehörige Krankheitssymptome hysterischer, manisch-depressiver, konstitutionell-neurasthenischer, moral-insanityartiger und anderer Art.

Meine Herren! Bis hierher handelt es sich um Tatsachen, von deren Vorhandensein wir uns dann leicht überzeugen werden, wenn wir zunächst von den vollentwickelten Fällen ausgehen und von hier aus den weniger ausgesprochenen Fällen uns zuwenden. Wir müssen natürlich berücksichtigen, daß es unentwickelte Fälle auch bei reinem manisch-depressivem Irresein, reinen psychogenen Neurosen, reinen originär-nervösen Krankheitszuständen usw. in genügender Anzahl gibt, und daß wir nicht verlangen können, daß diese endogenen Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen gerade in voll entwickelter Form auftreten müssen, wenn wir ihre Zugehörigkeit zu den endogenen Störungen anerkennen sollen.

Wie lassen sich diese Erscheinungen nun wohl erklären?

Damit betreten wir theoretischen, zum Teil hypothetischen Boden; ich werde mich kurz fassen.

Charakteristisch für alle psychischen Störungen degenerativen Charakters ist, daß sie durch eine Brücke psychologischer Zusammenhänge mit dem normalen Seelenleben verbunden sind, daß sie in gewissem Sinn einfach krankhafte Verzerrungen normaler Typen darstellen, in denen wir den normalen Typus unschwer erkennen, die wir introspektiv begreifen können. Von den ausgesprochen Manischen, Depressiven führt der Weg über

Digitized

die konstitutionell Erregten, konstitutionell Verstimmten schrittweise zurück ins Normale: die sogenannte „rein psychogene Entstehungsweise", die wir für die Hysterie und verwandte Neurosen in Anspruch nehmen, ist nichts anderes als der Ausdruck für die introspektive Begreifbarkeit derselben: Phobieen, Zwangsvorstellungen und andere konstitutionell-neurasthenische Symptome innerlich zu verstehen und nachzuerleben fällt uns nicht allzu schwer usw. Wir haben eben alle — auch wir vollständig Gesunden — der Anlage nach diese Symptomkomplexe in uns, wir bringen alle den Vorgängen der Außenwelt und unseren inneren Denkprozessen schon im Voraus eine bestimmte Stimmung expansiver oder depressiver Natur entgegen, wir sind alle beeinflußbar, sind alle bis zu einem gewissen Grad launisch, haben alle schon äußere und innere Situationen erlebt, die uns peinigende Gefühle und Vorstellungen erweckten etc.

Also das Wesentliche ist, es handelt sich bei den in Rede stehenden degenerativen Krankheitserscheinungen um koordinierte Symptomenkomplexe, die beim Gesunden bereits präformiert sind, deren einseitiges Hervortreten aber beim Gesunden durch eine Reihe von Momenten, insbesondere durch die Einflüsse der Übung, Erziehung, der intellektuellen Prozesse ganz oder nahezu ganz verhindert wird. Je mehr diese letztgenannten Momente an Intensität, absolut oder relativ, abnehmen, um so mehr werden jene bisher latenten Syndrome manifest. Das Auftreten hysterischer, manisch-depressiver etc. Symptome bei einer Paralyse z. B. dürfen wir so wohl als eine Ausfallserscheinung auffassen, die mit andern längst bekannten Ausfallserscheinungen auf anderen Gebieten der Übung, der Erziehung, der intellektuellen Prozesse auf eine Stufe zu stellen ist. Im einzelnen wird sich dann das Krankheitsbild verschieden gestalten, je nachdem diese degenerativen Erscheinungen im Verhältnis zu den anderweitigen Symptomen der Paralyse resp. anderer exogener Krankheitsformen mehr oder weniger stark in den Vordergrund treten. Es ist wohl nicht zufällig, daß der merkwürdige Fall, den ich Ihnen zu Anfang beschrieb, in gesunden Tagen zu den „sonnigen" Naturen gehörte, deren verwandtschaftliche Beziehung zu den manisch-depressiven Zuständen neuer-

Digitized by Google

dings gewiß mit Recht betont wird. Durch das langedauernde Bestehen nur dieses einzigen Ausfallssymptoms, nämlich des manisch-depressiven Symptomenkomplexes, wurde die Stellung der Paralysediagnose lange Zeit verhindert. Am entgegengesetzten Endpunkt würde dann die schwerste Form der Paralyse, die einfach demente Form, stehen, bei der die in der ursprünglichen psychologischen Anlage gelegenen Momente als zurücktretend, dagegen die übrigen Wirkungen der Paralyse als in besonderer Stärke und Reinheit hervortretend zu denken wären. Was über die Paralyse gesagt ist, wäre auf die anderen exogenen Krankheitsformen in analoger Weise anzuwenden.

Zum Schluß möchte ich meine Ausführungen in folgende drei Sätze zusammenfassen:

1. Bei vielen (allen?) durch äußere Ursachen im weitesten Sinn hervorgerufenen Krankheitsformen finden sich Symptomenkomplexe aus der degenerativen Gruppe, die für den Krankheitsverlauf inhaltlich und formal von wesentlicher Bedeutung sind.

2. Durchweg handelt es sich dabei um psychische Funktionen, die bereits im gesunden Leben vorgebildet sind.

3. Ihr einseitiges Hervortreten ist am ehesten als eine Ausfallserscheinung aufzufassen, analog den übrigen, schon längst als Ausfallserscheinungen gewürdigten Symptomen.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

112. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. Juni 1904.

Anwesend die Herren: *Abraham*-Dalldorf, *Adam*-Herzberge, a. G. *Anker*-Lichtenrade, *P. Bernhardt*-Dalldorf, a. G. *Eicke*-Herzberge, a. G. *Falkenberg*-Herzberge, *Gock*-Landsberg a. W., *Grochtmann*-Wilmersdorf, *Guttstadt*-Berlin, *Junius*-Dalldorf, *Laehr* sen.-Zehlendorf, *Hans Laehr*-Zehlendorf, *Max Laehr*-Haus Schoenow, *Liepmann*-Dalldorf, *Loewenthal*-Lankwitz, *Marcuse*-Dalldorf a. G., *Matthies*-Dalldorf, *Möller*-Berlin, *Moeli*-Herzberge, *Mucha*-Französisch Buchholz, *Oestreicher*-Nieder-Schönhausen, *Reich*-Herzberge, *Richter*-Dalldorf, *Rust*-Sachsenberg, *Sklarek*-Dalldorf, *van Vleuten*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Westend, *Werner*-Dalldorf, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock, Moeli, Laehr* sen.

Geheimrat *Sander* hat sein Ausbleiben durch Krankheit entschuldigt.

Vorsitzender *Moeli*.

Nach Begrüßung der Anwesenden durch den Vorsitzenden berichtet der Kassenführer über den Stand der Kasse. Die Rechnung ist von den Herren *Marthen* und *Roesen* geprüft und richtig befunden worden: es wurde daher dem Kassenführer Entlastung erteilt.

Bei der hierauf vorgenommenen Wahl des Vorstandes wurden auf Antrag des Herrn *Ulrich* die bisherigen Mitglieder wieder und an Stelle des verstorbenen Geheimrat *Jolly* Herr Professor *Ziehen* neu gewählt.

Herr *Reich*-Herzberge: Einseitige Herderkrankung des Sehhügels.

Vortr. weist darauf hin, daß einigermaßen streng lokalisierte Herde der Sehhügelgegend bisher nur wenig beschrieben sind und daß, da unter den beschriebenen Fällen die meisten sich auf Tumoren beziehen, über die Ausfallserscheinungen bei Erkrankungen des Sehhügels relativ wenig bekannt ist, zumal die spärlichen einzelnen Beobachtungen nicht ohne Widerspruch untereinander sind.

Digitized by Google

In dem von dem Vortr. in der Anstalt Herzberge beobachteten Falle handelt es sich um einen 49 Jahre alten Mann, der infolge eines im März 1903 erlittenen Schlaganfalles eine rechtsseitige Lähmung ohne Verlust der Sprache aufwies. Er kam am 16. Oktober 1903 in Herzberge zur Aufnahme und verstarb am 16. Mai 1904.

Die wesentlichsten Symptome waren folgende:

Parese des rechten Facialis, spastische Lähmung des rechten Armes und Beines, leichte Abweichung der Zunge nach links, ausgeprägte rechtsseitige Hemianästhesie für Berührung, Druck, Schmerz, Temperatur, Lage und Vibration.

Der Fuß war im allgemeinen etwas weniger betroffen, als die Hand.

Der Geschmack war beiderseits stark herabgesetzt.

Kniesehnenreflexe rechts vorhanden, links wegen chirurgischer Affektion des Beines nicht zu prüfen, Babinsky rechts vorhanden, links nicht zu prüfen. Achilles rechts vorhanden, Oppenheim rechts vorhanden, Skrotal- und Bauchdeckenreflex fehlten beiderseits. Außerdem bestand doppelseitige Ptosis, die anfänglich nur angedeutet war, später aber immer mehr hervortrat; ferner doppelseitige Lähmung der Aufwärtsbewegung der Bulbi anfänglich rechts stärker als links, später beiderseits gleich vollständig, und zunehmende Lähmung der Konvergenz sowie ausgesprochen träge Reaktion der Pupillen für Licht (von Anfang an bestehend). Die Bewegung der Bulbi nach unten anscheinend auch nicht ganz intakt. Auch die seitlichen Augenbewegungen waren nicht ganz unversehrt. Beim Blick nach der Seite blieb beiderseits das nach außen blickende Auge eine Spur zurück. Hemianopie war nicht nachweisbar.

Allmählich kamen noch bulbäre Störungen hinzu. Die Sprache wurde anarthrisch, das Schlucken wurde erschwert. Pat. klagte beständig über Durst. Pat., der anfangs hin und wieder Lachen und Weinen gezeigt hatte, wies schließlich ein völliges Fehlen aller Mimik auf. Wiederholte Temperatursteigerungen. Im Urin etwas Eiweis.

Auf psychischem Gebiete machte sich Stumpfheit und geistige Schwäche geltend, doch war Pat. im allgemeinen örtlich und zeitlich und auch bezüglich seiner Anamnese orientiert.

Die am 18. Mai 1904 vorgenommene Sektion ergab eine gelbe Erweichung in der linken hinteren Sehhügelgegend. Der linke Sehhügel war in seinen hinteren Teilen deutlich verschmälert und gelblich verfärbt.

Nach vorläufiger Formolhärtung ergab die weitere Sektion, daß sich im hinteren Teile des linken Sehhügels ein etwas über erbsengroßer graugelber Erweichungsherd befand, der an den hinteren Teil der Capsula interna unmittelbar anstieß, letzteren vielfach zum Teil in Mitleidenschaft ziehend. Nach der medialen hinteren Partie zu reichte der Herd bis in die Gegend des vorderen Teiles des vorderen linken Vierhügelarmes. Die Corpora geniculata erschienen links geschrumpft. Optici vielleicht etwas grau. Die hintere Commissur war in ihrer linken Hälfte zerstört. Der linke Vierhügel

Digitized by Google

war etwas kleiner als der rechte, sonst von normaler Konfiguration der Oberfläche. Der Nervus oculomotorius erschien beiderseits makroskopisch gut erhalten. Das Rückenmark zeigte sich makroskopisch nicht verändert. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Liepmann* fragt den Vortr., ob die mimische Störung vorwiegend auf der gekreuzten Seite gewesen sei. (Herr *Reich*: „Nein".) Dann rechnet der Fall zu der Zahl derjenigen, die bezüglich spezifischer Thalamussymptome negativ sind. Einseitige Störung beim Lachen und Weinen, Hemichorea, vasomotorische Störungen auf der gekreuzten Seite fehlten. Die Totalität der Hemianästhesie entspricht dem, was wir von Herden des hinteren Schenkels der inneren Kapsel nahe dem Thalamus im Gegensatz zu den geringeren Empfindungsstörungen bei mehr rindenwärts gelegenen Herden wissen.

Die Augenmuskelstörungen würden ja mit Recht von dem Herrn Vortr. auf eine Schädigung der Vierhügelgegend zurückgeführt.

Herr *Reich*: Als Symptome von Sehhügelerkrankungen sind hauptsächlich erwähnt halbseitige Amiurie, Ataxie, Tremor, choreatische Bewegungen, ferner gekreuzte Störungen der Sensibilität.

Amiurie ist auch in diesem Falle beobachtet, aber nicht einseitig, sondern doppelseitig. Die Hemianästhesie war in dem vorliegenden Falle auffallend stark ausgeprägt, doch lasse ich es dahingestellt, wie weit eine Mitbeteiligung der Bahnen des hinteren Schenkels der inneren Kapsel anzuschuldigen ist. Choreaartige oder sonst krampfhafte Bewegungen wurden in den gelähmten Gliedern nicht beobachtet. Die Symptome von seiten des Sehhügels waren also im wesentlichen negativ. Die Hauptbedeutung des Falles scheint mir zu liegen in den Störungen der Augeninnervation, die wohl nicht auf den Sehhügel sondern auf die Mitbeteiligung der vordersten Teile des linken Vierhügels zu beziehen sind. Lähmungen der horizontalen Blickbewegung sind ziemlich häufig beobachtet und werden, soweit sie bulbären Ursprunges sind, auf eine Zerstörung in der Gegend des Abduzenskernes bezogen. Störungen der vertikalen Blickrichtung sind viel seltener beschrieben. *Kornilow*, der in letzter Zeit die diesbezügliche Literatur bearbeitet hat, hat unter Ausschluß der Tumoren und Entzündungsherde nur zwei verwertbare anatomisch beobachtete Fälle gefunden, nämlich den von *Eisenlohr* und den von *Wernicke*. Den Fall von *Eisenlohr*, in welchem es sich um eine Revolverkugel handelte, die von vorne her eingedrungen und im vordersten Teile des rechten Vierhügels stecken geblieben war, hält er deswegen nicht für ganz einwandsfrei, weil hier das Symptom der vertikalen Blicklähmung sich nicht sofort im Anschlusse an das Trauma, sondern erst allmählich entwickelte. Der Fall von *Wernicke*, der somit als einzig für die Lokalisation der vertikalen Blicklähmung mit Sicherheit in Betracht kommender übrig bleibt, entspricht nun fast genau dem von mir demonstrierten Falle, nur daß in meinem Falle die Läsion noch zirkumskripter erscheint. Eine apoplektische Narbe durchsetzt in *Wernickes* Fall den rechten Sehhügel und Linsenkern sowie die

Digitized by Google

innere Kapsel, reicht im rechten Vierhügel bis zur Mittellinie und zur äußeren Kante des Aquaeductus Sylvii; der rechte Oculomotoriuskern, die Wurzelbündel dieser Seite und das hintere Längsbündel sind zerstört, auf der anderen Seite im wesentlichen erhalten. Klinisch: Nach schwerem apoplektischem Insult blieb neben linksseitiger Hemiplegie ohne Anästhesie eine durch zehn Monate beobachtete Beschränkung der Beweglichkeit beider Augen nach oben und unten bei sonst freier Beweglichkeit der Bulbi bestehen.

Die in dem Falle *Wernickes* beobachtete vertikale Blicklähmung ist wohl zweifellos ebenso wie in meinem Falle auf Läsion der vorderen Vierhügelgegend zu beziehen. Von besonderem Interesse dürfte es sein, daß gerade dasjenige Symptom, das *Kornilow* in dem Falle *Wernickes* als widerspruchsvoll ansieht, nämlich, daß die Lähmung am stärksten auf der kontralateralen Seite war, auch für meinen Fall wenigstens anfänglich zutraf, so daß hier eine Gesetzmäßigkeit vorzuliegen scheint, die vielleicht darauf beruhen könnte, daß die Lähmung auf Läsion gekreuzter, in der vorderen Vierhügelgegend verlaufender supranuklearer Bahnen zu beziehen ist.

Herr *Abraham*-Dalldorf: Vorstellung eines Kranken mit Hemianopie und Rotgrünblindheit im erhaltenen Gesichtsfeld.

Der Patient erkrankte vor zwei Monaten unter Symptomen, welche auf einen Herd im Scheitel- und Hinterhauptslappen der linken Hemisphäre hinwiesen. Noch jetzt besteht eine rechtsseitige Hemianopie; außerdem ist der Patient aber in der linken Gesichtsfeldhälfte farbenblind für rot und grün.

Vortr. erklärt, zwar nicht mit Sicherheit eine angeborene Farbenblindheit, zu der sich eine Hemianopie gesellt habe, ausschließen zu können, neigt jedoch der Annahme einer erworbenen Farbenblindheit zu. Die Anamnese ergibt nichts über einen angeborenen Farbsinndefekt. Weiter weist Vortr. darauf hin, daß Störungen des Farbsinnes bei cerebralen Erkrankungen oft beobachtet sind. Nehmen wir nun aber einen Herd in der linken Hinterhauptsregion an, so müssen wir uns mit der Frage abfinden, wie derselbe neben einer rechtsseitigen Hemianopie eine Farbsinnstörung im linken Gesichtsfeld erzeugen kann. Gewisse oft beobachtete Erscheinungen legen die Vermutung nahe, daß die Kreuzungsverhältnisse der optischen Bahnen weniger einfach sind, als es gewöhnlich im Schema dargestellt wird. Das bekannte „überschüssige Gesichtsfeld" bei Hemianopie scheint für eine Verbindung wenigstens der Maculagegend mit beiden Hemisphären zu sprechen. Die ferner bei Hemianopie beobachtete konzentrische Einengung des erhaltenen Gesichtsfeldes deutet wohl ebenfalls darauf hin, daß noch kompliziertere, uns noch nicht bekannte Faserkreuzungen vorliegen. Der bei dem Kranken vorliegende Symptomenkomplex ist übrigens bereits einige Male beschrieben worden, und es wäre merkwürdig, wenn es sich jedes Mal um Individuen mit angeborener Farbenblindheit gehandelt haben sollte. Endlich teilt Vortr. Versuche mit, durch welche er das Vorliegen einer erworbenen Farbsinnstörung festzustellen versucht hat und, wie er glaubt, auch bis zu

Digitized by Google

einem gewissen Grade wahrscheinlich gemacht hat. Eine demnächst erfolgende ausführliche Mitteilung soll hierüber Genaueres bringen. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Liepmann*: Als ich Februar 1896 in der 70. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte in Breslau (Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 53, S. 399) einen entsprechenden Fall vorstellte (apoplektisch eingetretene rechtsseitige Hemianopie mit Rotgrünblindheit links), wurde von verschiedenen Seiten angezweifelt, daß die Rotgrünblindheit eine erworbene sei: es könne ja zufällig einmal ein von Geburt Rotgrünblinder eine Hemianopie bekommen haben. Daß der Kranke keine ihm vorgelegte Wollprobe als blutfarben erkennen wollte, während er sofort Wollproben zeigte, die ihm zitronenfarben oder himmelfarben erschienen (worin ich einen Hinweis darauf sah, daß seine Erinnerung an das Rot sich mit keiner jetzigen Rotempfindung decke), überzeugte die Zweifler nicht, daß es sich um eine erworbene Störung handelte. Nun habe ich seitdem selbst in einer weiteren Reihe von noch zu veröffentlichenden Fällen Farbsinnstörung bei cerebralen Herden beobachtet, und ebenso, außer den von *Wilbrand* notierten Fällen in der Literatur, in den Protokollen der Autoren eine ganze Reihe Notizen gefunden, die nicht nur apoplektisch bedingte Farbsinnstörungen überhaupt, sondern speziell das Nebeneinanderauftreten von Hemianopie in der einen, und Farbsinnstörungen in der andern Gesichtshälfte betreffen. Bei der Mehrzahl meiner und fremder Fälle handelt es sich allerdings um eine Störung des gesamten Farbsinns. Aber bei einigen überwiegt die Schädigung von rot und grün, wenn auch nicht so stark wie in meinem ersten Falle und dem von Herrn *Abraham*.

In einem Fall von *Stephan*, der einen Farbendrucker, also einen sicher nicht von Geburt Farbenblinden betraf, bestand erst totale Aufhebung des Farbsinns, später war die totale Farbenblindheit einer Rotgrünblindheit gewichen.

Theoretisch macht das Auftreten von Rotgrünblindheit keine größeren Schwierigkeiten als das totaler Farbenblindheit. Die Erfahrungen bei Opticusatrophie mit und ohne Neuritis lehren uns, daß bei diffuser Schädigung zuerst und am meisten rot und grün leidet. Es steht also dem nichts im Wege, in der Rotgrünblindheit nur einen geringeren Grad derselben Schädigung, welche totale Farbsinnschädigung macht, zu sehen. Der Fall von *Axenfeld* ist der einzige, in dem Blaugelbblindheit bestand, den übrigens A. selbst garnicht für die hier ventilierte Frage verwertet hat. Die Zahl der Farbsinnstörungen bei Gehirnherden ist viel zu groß, als daß es sich immer um zufällig angeborene Farbenblindheit handeln könnte.

Für die Erklärung des Nebeneinanderbestehens von Hemianopie der einen, mit Farbsinnstörungen der andern Gesichtsfeldhälfte (die mir bekannten bestanden immer bei rechtsseitiger [Zufall?] Hemianopie) bieten sich drei Möglichkeiten dar, und zwar drängt in dieselbe Richtung schon die von dem Herrn Vortr. erwähnte Tatsache, daß nicht selten neben Hemianopie auf der

Digitized by Google

einen, konzentrische Einschränkungen auf der andern Seite besteht: Entweder muß jeder Hinterhauptslappen über die gewöhnliche Annahme hinaus Beziehungen zu den kontralateralen Netzhauthälften haben, oder ein Herd in einem Hinterhauptslappen (oder nur der linke?) unter Umständen durch den Balkenwulst hindurch auf den andern Hinterhauptslappen eine Fernwirkung ausüben, oder, was vielleicht das Wahrscheinlichste ist, es tritt neben einer Erweichung in einem Hinterhauptslappen, welche die gleichseitigen Netzhauthälften erblinden läßt, eine annähernd symmetrische Zirkulationsstörung im andern Hinterhauptslappen auf, welche die Funktion des Sehzentrums zwar nicht aufhebt, aber derart herabsetzt, daß der Farbsinn mehr oder minder gestört ist.

Mag die Erklärung sein wie sie wolle, jedenfalls fordert dieser Fall, wie die früheren, auf, bei jedem Gehirnfall, besonders aber bei Hemianopie, eine genaue Farbsinnprüfung vorzunehmen.

Herr *Reich*-Herzberge: Ein Apparat zur Bestimmung des Gehirnvolumens.

Vortr. hat auf Veranlassung und mit dem Rate seines Chefs, Herrn Geheimrat *Moeli*, einen Apparat konstruiert, der in genauer und dabei doch bequemer und einfacher Art die Bestimmung des Gehirnvolumens ermöglicht. Der Apparat beruht auf dem Prinzipe der Wasserverdrängung. Eine ausführlichere Publikation erfolgt demnächst im Neurologischen Zentralblatt.

Gock.

XXXV. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 29. und 30. Oktober 1904 in Freiburg i. B.

Anwesend sind die Herren: *Aumüller*-Stephansfeld, *Barbo*-Pforzheim, *Bäumler*-Freiburg, *Bayerthal*-Worms, *Becker*-Baden-Baden, *Beyer*-Littenweiler, *Bischoff*-Tübingen, *Bumke*-Freiburg, *Determann*-St. Blasien, *Dietz*-Hofheim, *Ebers*-Baden-Baden, *Ehrhardt*-Schussenried, *Erlenmeyer*-Bendorf, *Eschbacher*-Freiburg, *Eschle*-Sinsheim, *Fauser*-Stuttgart, *Feldbausch*-Emmendingen, *Fuchs*-Emmendingen, *Fürer*-Haus Rockenau, Eberbach, *Fürstner*-Straßburg, *Frank*-Münsterlingen, *Gerhink*-Frankfurt, *Guttenberg*-Freiburg, *Haardt*-Emmendingen, *Habermaas*-Stetten i. N., *Hecker*-Wiesbaden, *Hegar*-Illenau, *Hey*-Straßburg, *Hoche*-Freiburg, *Holtzmann*-Pforzheim, *Imboden*-Münsterlingen, *Kleve*-Emmendingen, *Kreuser*-Winnenthal, *Laquer*-Frankfurt, *Mann*-Mannheim, *Mayer*-Hofheim, *Meister*-Freiburg, *Merzbacher*-Heidelberg, *Neumann*-Karlsruhe, *Nissl*-Heidelberg, *van Oordt*-St. Blasien, *Oster*-Illenau, *Otto*-Freiburg, *Pfersdorff*-Straßburg, *Pfister*-Freiburg, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Reis*-Neckargemünd, *Römer*-Hirsau, *Römheld*-Horneck, *Rosenfeld*-Straßburg, *Schoenhals*-Freiburg, *Schragenheim*-Freiburg, *Spielmeyer*-Freiburg, *Stengel*-Pforzheim, *Thoma*-Illenau,

Digitiz

Thomsen-Bonn, *Weifenbach*-Hofheim, *Weil*-Stuttgart, *Weygandt*-Würzburg, *Wildermuth*-Stuttgart, *Wilmanns*-Heidelberg, *Winter*-Freiburg, *Wollenberg*-Tübingen, *B. Ziegler*-Freiburg, *Zwicke*-Freiburg.

Ihr Fernbleiben haben entschuldigt und die Versammlung begrüßt: Geheimrat *Fischer*-Pforzheim, Geheimrat *Ludwig*-Heppenheim, Prof. *v. Monakow*-Zürich, Prof. *Sommer*-Gießen, Geheimrat *Schüle*-Illenau, Prof. *E. Schultze*-Greifswald und Prof. *A. Westphal*-Bonn.

I. Sitzung am 29. Oktober 1904 nachmittags 2¼ Uhr im Saale des Zähringer Hofes.

Der erste Geschäftsführer, Herr Professor *Hoche*, eröffnet die Versammlung und begrüßt die anwesenden Mitglieder, Teilnehmer und Gäste. Er gedenkt sodann der im letzten Jahre verstorbenen früheren Mitglieder *Jolly*, *Emminghaus*, *Vorster* und *Dietz*, deren Andenken sowie das *Weigerts* die Anwesenden durch Erheben von den Plätzen ehren.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Herr Hofrat *Fürstner*-Straßburg gewählt. Schriftführer: Privatdozent Dr. *Bumke*-Freiburg und Dr. *Merzbacher*-Heidelberg.

Es erstattet zunächst

1. Herr *Weygandt*-Würzburg das Referat „Über leicht abnorme Kinder".

Der Begriff der Abnormität im Kindesalter soll hier möglichst weit gefaßt werden, er umfaßt sowohl die Debilen, als die leichteste Stufe geistiger Unzulänglichkeit zwischen Imbezillität und normaler Anlage, als auch die psychopathische Minderwertigkeit nach *Koch* und die Degenerierten im Sinne von *Magnan* und *Möbius*. Ferner weichen viele Kinder in ihrer psychischen Verfassung von der Durchschnittsbreite ab auf Grund exogener Umstände, schwerer körperlicher Krankheit und des Milieus. Der Psychiater ist verpflichtet, sein Interesse dieser großen Klasse der leicht Abnormen zuzuwenden, einmal, weil ihre Kenntnis das Verständnis schwerer Abnormitäten fördert und dann vor allem auch, weil unter ihnen viele Anwärter späterer Psychosen zu treffen sind.

So bedauerlich hinsichtlich der Fixierung der Abnormität der Mangel eines Kanons auf psychischem Gebiete ist, so macht sich dies doch noch viel bemerklicher für das kindliche Alter mit seinen mannigfachen Abstufungen. Zwar ist die Erforschung der normalen Kindespsyche in erfreulichem Aufschwung begriffen, aber doch sind bei manchen Vorgängen noch lebhafte Zweifel berechtigt, ob sie als normal oder abnorm aufzufassen sind. Manche Forscher rechnen z. B. die Lüge zu den normalen Zügen des Kindesalters; in frühen Jahren sind auffallende motorische Erscheinungen, rythmische Bewegungen, Verbigeration, Grimmassieren usw., die an katatonische Erscheinungen erinnern, auch bei gesunden Kindern anzutreffen.

Zu dieser sachlichen Schwierigkeit gesellt sich noch die andere: die Beschaffung des Materials und die Literatur. Neben den Insassen der Anstalten

Digitized by Google

für schwer erziehbare Kinder und den kindlichen Patienten von Ambulatorien für Psychisch-Nervöse findet sich ein gut ausgehobenes Kindermaterial in der Mannheimer Volksschulinstitution der Förderklassen für leicht zurückgebliebene Kinder. Auch die Literatur, die zum größten Teile pädagogischen Ursprungs ist, verlangt vielfach besondere Kritik.

Unter den ätiologischen Momenten sind zunächst die rein äußeren, schädigenden Umstände auszuscheiden, wie Ortswechsel, mangelhafte Pflege; wichtiger sind die Einflüsse der Überanstrengung mancher Kinder durch Gelderwerb, ferner das schlechte Beispiel herabgekommener Eltern. All das sind exogene Ursachen vorübergehender Art.

Unter den bleibenden Abnormitäten sind zunächst die Formes frustes der schweren Idiotieformen zu erwähnen. Manche ätiologisch und anatomisch fixierte Formen wie Hydrocephalie, auch Mikrocephalie, encephalitische Idiotie und Kretinismus zeigen eine Abstufung von schweren, tiefblödsinnigen Fällen bis zu solchen, die psychisch gänzlich oder nahezu normal sind.

Nächst den toxisch bedingten Defektzuständen, besonders Alkoholismus im Kindesalter, sind die Fälle schwerer Stoffwechselalteration mit Einwirkung auf das Nervensystem zu erwähnen, besonders die Erbsyphilis und dann die als Type Lorain beschriebenen kindlichen Entwicklungsstörungen mit Zwergwuchs und geistiger Unzulänglichkeit auf der Basis schwerer Tuberkulose und Kreislaufstörungen, insbesondere Pulmonal- und Mitralstenose.

Besonders wichtig ist die Frage nach Eigentümlichkeiten der Kinder, die später an einer Psychose erkranken, an Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, auch der originären Paranoia nach *Sander*; wenn nicht die Art der Heredität einen Fingerzeig gibt, sind wir meist außer stande, derartige Fälle von anderen kindlichen Abnormitäten zu scheiden. Viel leichter möglich, wenn auch nicht immer durchführbar, ist die Deutung eines abnormen Kindes als epileptisch oder hysterisch.

Bei einer Analysierung zahlreicher Fälle findet sich oft genug eine Kombination mehrerer ätiologischer Faktoren, so wenn ein Kind von einem alkoholistischen Vater stammt, von einer hysterischen Mutter erzogen und frühe schon auf Broterwerb ausgeschickt wird.

Symptomatologisch ist zu konstatieren, daß der Vorgang der einfachen Empfindungen selten gestört ist, aber vielfach schon die Perzeption, die Einreihung des Empfindungsrohmaterials den Bewußtseinsmangel zeigt; dieser Auffassungsakt entbehrt nicht der assoziativen Hilfen wie beim Idioten und Imbezillen, doch ist er gewöhnlich flüchtiger, oberflächlicher als beim Normalen. Als vorübergehende Abnormität sind die Sinnestäuschungen zu erwähnen, an denen Kinder bei manchen Infektionskrankheiten besonders leicht erkranken.

Am leichtesten lassen sich Verstandesstörungen feststellen, Gedächtnisdefekte und mangelhafte Assoziationen, doch nicht selten unter einer exzessiven Veranlagung nach manchen Richtungen hin; so kommt Erschwerung des Urteilsprozesses beim Subtrahieren vor, während die Gedächtnisleistungen der Multiplikation sehr gut vonstatten gehen können. Als grundlegende

Digitized by Google

Störung ist gewöhnlich die Aufmerksamkeitsschwäche zu erwähnen. Beim Zusammenschließen von partiellen, bei der Verarbeitung von Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesgebieten, bei der Aneinanderreihung mehrerer Vorstellungen zu einem Schluß, und besonders bei der Bildung abstrakter allgemeiner Vorstellungen tritt das hervor.

Schwierig zu beurteilen sind die Abnormitäten der Phantasietätigkeit, weil manche Kinder ihr Seeleninnenleben selten erschließen. Komplizierte Vorstellungsreihen, Grübeleien, Zwangsvorstellungen, paranoide Gedankengänge können lange Zeit den Erziehern verborgen bleiben: leichter zu beurteilen sind Kinder, die ihre Phantasiebildungen zum Ausdruck bringen und fabulieren.

Von größter Wichtigkeit sind die Störungen des Gefühlslebens und der Psychomotilität. Schwache Gefühlsreaktion muß ebenso auffallen wie besonders lebhafte Gefühlsausbrüche, vor allem nach der Unlustseite hin. Die Depressionsäußerungen des Kindes können rein reflektorisch veranlaßt sein wie beim Pavor nocturnus, sowie auch durch mehr oder weniger mangelhafte psychische Motivierung bedingt.

Neben Intensitätsänderungen im psychomotorischen Verhalten des Kindes treffen wir auch qualitative Verschiebungen, so die für die frühesten Jahre noch normalen, rein motorischen Entladungen, dann Mitbewegungen, Zwangsbewegungen, ferner die wichtige Erscheinung des Davonlaufens. Neben den Mängeln der passiven Aufmerksamkeit bei der Auffassung und Verarbeitung von Eindrücken liegt auch in Störungen der aktiven Aufmerksamkeit, in der Ungleichmäßigkeit der psychischen Aktivität ein Grundzug der Minderwertigkeit. Aus einem Mißverhältnis zwischen Gefühlsregungen und Hemmungsvorstellungen, die geschwächt sind, und hinreichend starker Aktivität ergeben sich sozial bedenkliche Handlungen mancher Abnormen.

Von rein nervösen Symptomen verlangen Krämpfe, Ohnmacht, Schwindel, ferner Sensibilitätsstörungen, dann besonders die Schlafstörungen mannigfacher Art besondere Berücksichtigung.

Rein körperlich kommen Anämie, auch Strabismus, Nystagmus, ferner Rachitis und Tuberkulose recht häufig vor; Degenerationszeichen sind nicht gerade selten.

Ätiologische Gruppen sind schwer zu bilden. Bei einem Versuch nach klinisch-psychologischem Gesichtspunkte die leicht abnormen Kinder zu gruppieren, können wir folgende Hauptabteilungen bilden:

1. Die epileptischen Kinder, von denen nur etwa die Hälfte klassische Krampfanfälle zeigt und ein kleinerer Teil verblödet, als sich aus den Statistiken der in Epileptiker- und Idiotenanstalten befindlichen Kinder ergibt. Auch dieser einheitlichsten Gruppe gegenüber ist zu betonen, daß es zahlreiche leicht abnorme Kinder gibt, die den Verdacht, aber nicht den Nachweis der Epilepsie zulassen;

2. die hysterischen und

3. die konstitutionellen neurasthenischen Kinder werden vom Herrn

Digitized by Google

Korreferenten einer eingehenden Würdigung unterzogen. Von jenen Fällen psychischer Minderwertigkeit im Kindesalter, die nicht durch irgendwelche Syndrome die Rubrizierung unter die vorigen Gruppen ermöglichen, sind zunächst als Gruppe

4. die Fälle hervorzuheben, bei denen ziemlich gleichmäßig eine leichte Minderleistung der Aufmerksamkeit mit einer geringen Abstumpfung der Gefühlssphäre verbunden ist, die Debilen im engern Sinne.

Als Gruppe 5. können wir die Fälle zusammenfassen, bei denen die intellektuellen Leistungen, die Aufmerksamkeit, die psychische Aktivität gering entwickelt sind im Vergleich zu dem regen Gefühlsleben. Aus dieser Überwucherung der aktiven Seite resultieren die phantastischen, träumerischen, überschwänglichen, reizbaren und lügnerischen Kinder, auch die Vorstufen jener, die *Kraepelin* als die „haltlosen" unter den psychopathischen Persönlichkeiten beschreibt.

Gruppe 6 zeigt im Gegensatz dazu gewöhnlich eine hinreichende Ausbildung der intellektuellen und psychomotorischen Sphäre bei einer Minderentwicklung des Gefühlslebens. Es sind die Kinder, die an den harmlosen Spielen keinen Gefallen finden, die auf Strafen mit Trotz reagieren, die Tiere quälen, ihr Spielzeug und Kleider absichtlich ruinieren, keine Anhänglichkeit und Dankbarkeit kennen und sich früh schon durch Ränke, Heimtücke, Gewalttätigkeit und Diebstahl auszeichnen. Es sind die Frühstufen des geborenen Verbrechers. Nicht bloß das komplizierte Gewebe der moralischen Gefühle ist bei ihnen abnorm, sondern schon die einfachen Gefühlstöne sind bei ihnen gestört. Die intellektuelle Entwicklung leidet darunter wohl vielfach, aber keineswegs in jedem Falle notwendig.

Der Arzt hat vorzugsweise die diagnostische, der Pädagoge die therapeutische Aufgabe. Vor allem der Hausarzt sollte schon vor dem schulpflichtigen Alter die Kinder nach dieser Richtung ins Auge fassen. In größeren Städten ist die Berücksichtigung der abnormen Kinder als eines wissenschaftlich wertvollen Materials für Nervenpolikliniken dringend zu empfehlen. Selbstverständlich sollte der Schularzt psychologisch und psychiatrisch gebildet sein.

Neben einer Zustandsuntersuchung hat der Arzt auch auf die Einleitung einer zweckmäßigen Versorgung zu achten. Bei zahlreichen Kindern dieser Art führen hygienische Maßregeln und erzieherische Sorgfalt zu einem guten Resultat, sehen wir doch, daß manche hochbedeutende Männer, wie *Liebig*, auch *Helmholtz*, in der Jugend nach mancher Richtung hin von der Norm abgewichen waren.

Bei vielen leicht Abnormen jedoch empfiehlt sich eine Änderung in der Erziehung und im Unterricht. Während die Hilfsklassen im wesentlichen für nicht internierungsbedürftige Imbezille geeignet sind, bietet sich für solche Kinder, die intellektuell ganz leicht zurückgeblieben sind, als zweckmäßigste Einrichtung das Förderklassensystem nach *Sickinger* in Mannheim, die Zwischenstufe zwischen Hilfsklassen und Normalklassen. Repetenten, nervöse, leicht ermüdbare, anämische, schlecht genährte Kinder, auch solche, die durch

Digitized by Google

längere Schulversäumnisse zurückgeblieben sind, werden aus der Normalklasse in eine Förderklasse versetzt. Hier werden sie durch besonders geeignete Lehrer, die mit der Klasse aufrücken, unterrichtet, die Schülerzahl ist kleiner als in den Normalklassen, der Lehrgang ist quantitativ modifiziert, doch in sich geschlossen und führt zu einem schulmäßig abgerundeten Bildungsabschluß in einem mehrklassigen, den Normalklassen parallelgehenden System, das Rückversetzung jederzeit leicht erlaubt. Die bisherigen Erfahrungen in Mannheim, wo 7,7 % aller Volksschüler in solchen Förderklassen untergebracht sind, waren in hohem Maße befriedigend.

Moralisch schwache Kinder, die konstanter Überwachung bedürfen, sollten möglichst in Internaten untergebracht werden. Für Wohlhabende existieren wohl einige derartige Pädagogien, die dann vor allem zu empfehlen sind, wenn sie sich möglichst dem Familienbetrieb nähern und nicht Massenanstalten darstellen. Schwere Fälle werden nach § 1666 und § 1838 B.G.B. in der Fürsorgeerziehung untergebracht, gegen deren Durchführung vom ärztlichen und pädagogischen Standpunkte noch manche Bedenken bestehen. Für unbemittelte Kinder, die nicht derart versorgt werden können, aber doch intensiver Überwachung bedürfen, fehlt es noch an entsprechenden Einrichtungen.

Für epileptische Kinder Sonderschulen einzurichten, empfiehlt sich nicht so sehr als vielmehr eine Individualisierung, indem intellektuell Defekte in Idiotenanstalten oder Hilfsschulen, sozial Bedenkliche in die Fürsorgeerziehung gehören, Kinder mit gehäuften Anfällen und Status epilepticus rein ärztlicher Behandlung bedürfen, während Kinder mit vereinzelten, anfallartigen Symptomen ohne sonstige Defekte in der Normalschule unter Überwachung durch einen entsprechend informierten Lehrer verbleiben können. Störungen des Unterrichts durch Anfälle kommen überraschend selten vor. (Eigenbericht.)

Es folgt 2. der Vortrag des Korreferenten, Herrn Oberarzt Dr. *Thoma*-Illenau.

Neben den geistesschwachen, den epileptischen und gemütsentarteten Kindern, fallen unter den Begriff der leicht abnormen, auch die Kinder mit Störungen, die den Neurosen Erwachsener nahestehen resp. mit diesen identisch sind. Es sind Störungen, die sich unter den Hauptgruppen der kindlichen Neurasthenie, Hysterie und Chorea minor zusammenfassen lassen.

Was zunächst die Neurasthenie betrifft, so steht hier das von *Emminghaus* als Neurasthenia cerebralis der Kinder bezeichnete abgeschlossene Krankheitsbild an der Spitze. — Meist hat man es jedoch nicht mit einem solchen zu tun, sondern mit einzelnen Erscheinungen, die in das Gebiet der Neurasthenie gehören.

Dies sind zunächst die Zwangsvorstellungen und Phobien, die schon bei Erwachsenen, mehr aber noch bei Kindern auf neuropathische Veranlagung hindeuten. Manche Phobien (Furcht vor Spinnen, Mäusen, Ekel vor gewisser Nahrung) stehen den Idiosynkrasien nahe und unterscheiden

Digitized by Google

sich vom Normalen nur durch die Dauer und Intensität der Reaktion. Ihren Ausgangspunkt können sie von einem einmaligen starken psychischen Eindruck nehmen. Daneben sind die echten Zwangsvorstellungen wie bei Erwachsenen häufig. Auch die krankhafte Skrupulosität gehört hierher.

Mit den Zwangsvorstellungen verwandt sind die Tics, die sich bis zur maladie des tics convulsifs steigern können, deren erstes Symptom aber lediglich in Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit bestehen kann.

Ebenso wie die Tics deuten eine Reihe von vorwiegend vasomotorischen Erscheinungen auf das Vorhandensein der neuropathischen Anlage und sind deshalb als Warnungssignale wichtig. (Erröten, Erblassen, partielle Gefäßparesen, Nesselausschläge, nervöses Herzklopfen und Erbrechen usw.)

Die Therapie ist in allen diesen Fällen in dem Referat nur kurz angedeutet und wird neben einer allgemeinen hygienisch-diätetischen, stets eine ärztlich-pädagogische Behandlung empfohlen.

An die Tics schließen sich gewisse mehr im psychischen Gebiet liegende Erscheinungen an, die pathologische Träumerei, in der die Pseudologia phantastica ihren Ursprung haben kann.

Ferner gehört hierher das triebartige Davonlaufen, der Wandertrieb, Fugues, die Poriomanie, die den Wanderungen Epileptischer und Hysterischer ähnlich ist, gerade bei Kindern aber auch auf Grund einfacher Psychasthenie vorkommen kann und sich zuweilen an eine Mißstimmung, eine Dysphorie anschließt.

Referent wendet sich dann zur Hysterie, die bei Kindern wohl stets auf erblicher Anlage beruht und angeboren ist.

Die sichersten Erscheinungen sind Krämpfe, die früher häufig irrtümlich der Dentition zugeschrieben wurden, ferner Lähmungen und Kontrakturen, Zornparoxysmen, Ohnmachten, Strabismus usw. Bei zunehmendem Alter werden die Erscheinungen immer mehr denen bei Erwachsenen ähnlich, vor allem auch die Ausbildung des hysterischen Charakters.

Wichtig sind auch hier die ersten oft sehr vagen Erscheinungen, die Hysterie in statu nascendi, die sich bei den Kindern zuweilen nach einem Schrecken oder im Rekonvaleszenzstadium von akuten Krankheiten zeigen und um so leichter ihren hysterischen Charakter verbergen, als die Hysterie hier häufig monosymptomatisch auftritt. —

Auch bei der Chorea minor, die ebenfalls meist auf nervösem Boden erwächst, wird die ausgebildete Erkrankung mit ihrer typischen Muskelunruhe resp. Bewegungen auch von Eltern und Lehrern kaum übersehen. Dagegen sind im Beginn die Erscheinungen oft wenig ausgeprägt und werden daher oft verkannt, zumal auch stets der Charakter der Kinder verändert ist.

Bei allen Ausführungen betont Referent die Wichtigkeit des Beachtens der Initialsymptome als Warnungssignale, aus welchen auf das Vorhandensein einer psychopathischen oder psychasthenischen Konstitution geschlossen werden kann.

Der zweite Teil des Referates behandelt die allgemeinen Prinzipien, die

Digitized by Google

bei der Bekämpfung dieser Äußerungen einer abnormen Anlage im Kindesalter in Betracht kommen.

Da eine Besserung gewisser ätiologisch wichtiger Faktoren, z. B. die Vermeidung von Ehen konstitutionell kranker Personen vorläufig nicht zu erwarten sein dürfte, so ist ein möglichst frühzeitiges Erkennen der kranken Anlage nötig, da, wenn überhaupt, im Beginne noch bessernd auf diese eingewirkt werden kann.

Zur Feststellung der abnormen Kinder, wird dann eine möglichst ausgiebige, auch auf das Land ausgedehnte Kontrolle durch psychiatrisch und psychologisch vorgebildete Schulärzte empfohlen.

Die Behandlung selbst richtet sich gegen die kranke Konstitution und soll heilend und erziehend zugleich wirken. Sie muß daher eine ärztlich-pädagogische sein. Neben sorgfältiger Körperpflege, wobei Ruhe, Diät, Gymnastik, Bewegungsspiele, Hydrotherapie eine Rolle spielen, ist vor allem die Erziehungsmethode wichtig. Man nimmt jetzt allgemein an, daß der übliche Fachunterricht sich für viele geistig abnorme Kinder nicht eignet, vielmehr für solche eine von individual-psychologischen Prinzipien ausgehende Erziehungsmethode anzuwenden ist.

Sowohl die ärztliche Behandlung von kranken Kindern der oben erwähnten Kategorien, als auch die genannte Erziehungsmethode, wird sich in vielen Fällen nur in einer entsprechend geleiteten Anstalt durchführen lassen.

Referent empfiehlt daher in einem Schlußsatz:

1. Ausgiebige Anstellung psychiatrisch und psychologisch vorgebildeter Schulärzte;
2. Schaffung von Anstalten nach dem obigen Prinzip. (Eigenbericht.)

Diskussion: Herr *Laquer* schließt sich unter Hervorhebung der günstigen Verhältnisse in Frankfurt a. M. im ganzen den Ausführungen der Referenten an, möchte nur gegen die Mannheimer Wiederholungs- und Förderungsklassen einige Bedenken geltend machen: Es sind das administrativ: eine Vermehrung der Schullasten, die ohnedies von manchen Gemeinden kaum zu erschwingen sind, und das Fehlen der Besserbefähigten in den Hilfsklassen, die die anderen mit fortreißen. Ganz entschieden bestreitet *L.* den Wert von besonderen Schulen für nervöse und hysterische Kinder; die sollen zu Hause erzogen bezw. ärztlich geheilt werden! Es schadet nichts, wenn solche Kinder etwas weniger lernen! Epileptiker können zumeist in den Hilfsschulen bleiben.

Herr *Wildermuth* hält die Schaffung eigener Anstalten für nervöse Kinder weder für nötig, noch für angezeigt. Die zu große Teilung der Fürsorge und des Unterrichtes ist überhaupt zu vermeiden.

Chorea hat mit Hysterie lediglich nichts zu tun, natürlich kann gelegentlich eine choreaartige Neurose durch Hysterie vorgetäuscht werden.

Bedeutsame Aufschlüsse, oft mehr als der Unterricht, gibt über Anlage und Naturell der Kinder die Beobachtung beim ungezwungenen Spiel.

Digitized by Google

Tics convulsifs und Maladie des tics convulsifs leisten jeder Therapie Widerstand, heilen aber von selbst.

Herr *Pfister* weist auf die Notwendigkeit hin, auch den neurologischen Status der geistig abnormen Kinder auszubauen, speziell Material zu sammeln, bezüglich der bei ihnen oft vorkommenden psychomotorischen (oft nur als passagere Entwicklungsverzögerungen auftretenden) Anomalien und Defekte. Später wird dieses Material vielleicht einmal in diagnostisch-prognostische Gruppen zusammengefaßt werden können und sich zeigen, daß gewisse dieser Gruppen in engerer Beziehung zu bestimmten Formen geistiger Anomalien stehen, als zu anderen, womit neue Hilfsmittel für Erkennung und Prognose der betreffenden geistigen Zustände gegeben wären.

Herr *Kreuser*: Bei aller Gründlichkeit der Referate waren Winke über die Fürsorge für die abnormen Kinder über die Schulen hinaus zu vermissen. In dieser Richtung wird in erster Linie Individualisierung notwendig sein. Zu erwähnen ist aber doch noch ein gemeinsames Moment, die spätere Militärpflicht. Die gemeinsame militärische Erziehung ist ja für einen Teil der Abnormen förderlich, ebenso wie Gemeinschaftlichkeit des Unterrichts; in der Mehrzahl der Fälle dürfte aber doch die Unzulänglichkeit der psychischen Veranlagung beim Militär erst recht offenkundig werden durch Schwierigkeiten, die sie der Disziplin bereiten. Führen diese zu Bestrafungen, so stören diese nur zu leicht eine weitere psychische Degeneration.

Herr *Laquer* schildert die Einrichtungen für Versorgung der Schwachbefähigten nach der Schulentlassung: „Arbeitslehrkolonien", wie sie bei Breslau im Anschluß an die Hilfsschulen bestehen und auch für Frankfurt geplant sind. — Hilfsschulzöglinge kämen im Heere oft ganz gut vorwärts. In vielen Teilen des Reiches werden Listen der Schulentlassenen von den Hilfsschulen an die Aushebungskommission abgegeben und erweisen sich nützlich.

Herr *Fürstner*: Individuen, wie sie die Herren Referenten geschildert haben, zu studieren, bietet sich in den Kliniken, speziell in den Polikliniken garnicht so selten Gelegenheit. Bei der Entstehung dieser Zustände spielen Entwicklungshemmungen und Krankheiten in der ersten Kindheitsperiode doch wohl eine noch größere Rolle, als es von den Herren Referenten hervorgehoben wurde; der Beweis läßt sich oft dadurch führen, daß Veränderungen, namentlich Ungleichheiten der Reflexe auf beiden Seiten gefunden werden.

Gegenüber der Ansicht des Herrn *Weygandt*, für die moralisch Schwachsinnigen sei eine gewisse Gemütsstumpfheit typisch, sei doch daran zu erinnern, daß gerade diese Individuen oft eine sehr lebhafte Affekterregbarkeit besitzen, daß aber bei ihnen die gemütliche Reaktion eine von der Norm abweichende, oft direkt entgegengesetzte sei.

Bedenklich sei es, einen „Wandertrieb" ohne Bewußtseinstrübung bei derartigen abnormen Kindern anzunehmen; damit würde das wichtigste Kriterium für die Unterscheidung des Davonlaufens normaler Kinder und des pathologischen Wanderns fortfallen.

Digitized by Google

Gegenüber Herrn *Wildermuth*, dessen Ausführungen Herr *F.* im wesentlichen zustimmt, sei zu betonen, daß man doch, ehe man allzu häufig den Beginn psychischer Störungen in die Kindheit verlegt, jedesmal mit einer gewissen Vorsicht prüfen müsse, ob nicht die anamnestisch erhobenen Angaben über Jugenderlebnisse pathologischer Art auf Erinnerungsfälschungen beruhen.

Endlich möchte auch Herr *F.* zu einer gewissen Zurückhaltung und Vorsicht bei der Äußerung neuer Anstaltswünsche raten. Anstalten für nervöse Kinder seien entbehrlich, notwendiger seien dagegen solche für psychisch kranke Kinder.

Herr *Thoma* (Schlußwort): Der Einwand von Dr. *Wildermuth*, daß für eine größere Anstalt dieser Art kein Bedürfnis vorliege, wird vom Referenten dahin beantwortet, daß in dem Referate absichtlich eine Äußerung über die praktische Ausführung vermieden wurde.

Referent habe übrigens, soweit eine öffentliche Fürsorge in Betracht komme, nur an eine Abteilung für leicht abnorme Kinder vielleicht zusammen mit wirklich psychisch Kranken gedacht, die einer bestehenden größeren Irrenanstalt anzugliedern wäre. Für eine solche bestehe aber allerdings ein Bedürfnis.

Herr *Weygandt* (Schlußwort): Mit einem Gefühl des Dankes möchte ich der lebhaften und anregenden Diskussion noch ein Schlußwort anfügen, das freilich auf alle Einzelheiten, die von den Herren Vorrednern erörtert worden sind, nicht eingehen kann. Die Knappheit der Zeit legte mir möglichste Einschränkung des Themas auf, so daß ich also die von Herrn Medizinalrat *Kreuser* berührte, ungemein wichtige Frage des Verhaltens der Minderwertigen während ihrer militärischen Dienstzeit nicht ventilieren konnte.

Herrn Hofrat *Fürstner* muß ich durchaus zustimmen, daß einzelne Kliniken, wie gerade die Straßburger, sich von jeher durch stationäre oder ambulatorische Beobachtung und Behandlung auch leicht psychopathischer Zustände ausgezeichnet haben, leider trifft das aber nicht für alle Kliniken und noch weniger für die Anstalten zu, die ja den psychisch abnormen Menschen erst bei einer gewissen Erheblichkeit der Störung ihres Interesses zu würdigen pflegen. Ebenso bin ich mit Herrn Sanitätsrat *Wildermuth* völlig einverstanden, daß wir uns hinsichtlich der Versorgung psychopathischer Kinder vor einer zu großen Polypragmasie zu hüten haben, die für jede Nuance der abnormen Kinder eine besondere Schule oder Anstalt verlangt. Vorschläge, die weder praktisch durchführbar noch überhaupt zweckmäßig wären und manchmal fast so aussehen, als ob sie nur der Unternehmungslust betriebsamer Praktiker und Privatklinikinhaber entsprungen wären. Deutlich genug glaube ich gerade vor dem Zuviel gewarnt zu haben, so daß ich mich vor dem Vorwurf Dr. *Laquers* sicher weiß, als hätte ich vor Begeisterungsfähigkeit die nötige Kritik vermissen lassen. Gerade der Mannheimer Einrichtung stand ich seit Jahren außerordentlich skeptisch gegenüber und ich weiß die angeführten Einwände wohl zu würdigen, zumal wenn sie von dem

Digitized by Google

erfahrenen ärztlichen Vertreter der in ihrer Art vorbildlichen Frankfurter Hilfsschulen ausgehen.

Aber doch ist diesen Einwänden mancherlei entgegenzuhalten: Zunächst die Sorgen über den Kostenpunkten sind weit übertrieben. Handelt es sich doch zu Mannheim im Grunde nur darum, daß ein Teil der Volksschüler in kleinere Klassen untergebracht wird und dafür die Normalklassen eine ganz geringe Vermehrung ihrer Schülerzahl erfahren, etwa um zwei Schüler auf die Klasse, was die Lehrer, da ihnen dafür alle Repetenten und Nachzügler abgenommen werden, als eine Erleichterung empfinden. Stellen Sie sich das Exempel vor: bisher seien zehn Klassen mit je 35 Schülern von zehn Lehrern unterrichtet worden, jetzt sollen neun Normalklassen mit je 37 Schülern von neun Lehrern und eine Förderklasse mit 17 Schülern von einem Lehrer unterrichtet werden: der Aufwand an Lehrkräften wie auch an Klassenzimmern ist ganz genau der gleiche, Mehrkosten erwachsen auf diesem Wege gar nicht.

Die Einrichtung selbst scheint zunächst nicht ganz mit der Idee unserer allgemeinen gleichen Volksschule zu harmonieren, auf die wir Deutsche ja ein Recht haben, stolz zu sein. Aber wir müssen uns erinnern, daß auch die allgemeinen Volksschulen keine homogene Masse darstellen, sondern beträchtliche Unterschiede aufweisen, je nach dem Lehrer, den Lehrmitteln. Dorfschulen mit mehreren Stufen in einer Klasse sind himmelweit verschieden von Stadtschulen, die vielerlei Spezialunterricht, z. B. in Handwerksklassen und Schulküchen, kennen und über mannigfache Wohlfahrtseinrichtungen verfügen. Der schwerste Einwand, daß die Gleichheit der Volksschüler umgestoßen und bedenkliche Unterschiede in der Wertung der Schüler entstehen würden, ist in Mannheim selbst von sozialdemokratischer Seite als hinfällig erachtet worden, weil ja gerade die Einrichtungen im Grunde genommen das Gleichheitsprinzip in reinster Form verkörpern, indem sie die Kinder nicht nach der Zahlungsfähigkeit der Eltern, sondern nach der natürlichen Befähigung gruppieren.

Hinsichtlich des Bedenkens, es würde für die Minderbefähigten, die für sich unterrichtet werden, der Sporn fehlen, den die Gesellschaft der Gutbefähigten bedeute, ist darauf zu verweisen, daß ja auch in den Förderklassen immer noch Unterschiede vorkommen, im übrigen aber die Macht des Beispiels der besten Schüler doch in der Praxis geringer ist, als man sich zunächst vorstellt.

Wie bei so viel Problemen, gilt auch hier: eventus docet. Bisher sind die Eltern, die Kinder und auch die Lehrer zufrieden, obwohl das System erst ganz wenige Jahre im Gange ist. Freilich wird eine weitere Verbreitung noch schwierig sein, aber so ist es ja auch mit den Hilfsschulen gegangen, deren erste schon vor 40 Jahren errichtet wurde und die jetzt selbst in einzelnen Städten von nahezu 100000 Einwohnern leider noch nicht bestehen. Ich zweifle nicht, daß es Dr. *Laquer* bei einer eingehenden Kenntnisnahme der Mannheimer Institution so ergehen werde, wie es dem an den Förder-

Digitized by Google

klassen tätigen Mannheimer Hauptlehrer *Röder* erging, und wie es auch mir selbst geschah, daß ich als Saulus hinreiste und als Paulus zurückkehrte.

Das Wichtigste für uns Irrenärzte ist, daß unsere Aufmerksamkeit auch auf die leichten psychischen Abnormitäten gerichtet bleibe und wir uns bei Beurteilung von Fragen, die im Gebiete der Psychopathologie wurzeln, das Heft der Kompetenz nicht aus der Hand winden lassen.

Nach einer kurzen Pause erstattet

3. Herr *Neumann*-Karlsruhe den Bericht der Nervenheilstätten-Kommission.

Die vor zwei Jahren eingesetzte Kommission hat als solche die Nervenheilstätten-Bewegung nicht zu fördern vermocht. Diese hat übrigens seit dem Jahre 1902 unverkennbare Fortschritte gemacht. Die Provinz Hannover hat eine Heilstätte in Betrieb gestellt, in der Rheinprovinz ist eine solche im Bau. Große Krankenkassenverbände (Hessen, Baden) haben an der Bewegung Interesse gewonnen und unterstützen dieselbe. Im Großherzogtum Baden hat sich zwecks Gründung einer Heilstätte ein Verein konstituiert, der sich der tatkräftigen Förderung von seiten der Regierung erfreut.

Referent stellt den Antrag auf Auflösung der Kommission, da bei der heutigen Sachlage kaum mehr zu befürchten ist, daß die Bewegung ins Stocken gerät. (Eigenbericht.)

Dieser Antrag wird von der Versammlung auf den Vorschlag von Herrn Hofrat *Fürstner*, der der Kommission den Dank der Versammlung ausspricht, angenommen.

Es folgt

4. der Vortrag des Herrn *Fauser*-Stuttgart: Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen.

Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift veröffentlicht. (S. 165—175).

Diskussion: Herr *Fürstner* bemerkt, daß Fälle, wie der von dem Herrn Vortr. beobachtete, doch nicht allzu selten vorkämen. Oft genug bestände ein rein manisches Symptomenbild ohne jedes Zeichen der Demenz bei Kranken, die dann später plötzlich Anfälle bekämen und gewöhnlich im Anschluß daran auch psychisch als Paralytiker leicht erkennbar würden. Ebenso sei ein rein hypochondrisches Vorstadium der Paralyse gar nicht selten. Diese Fälle seien ebenso wie diejenigen, in denen eine länger dauernde Remission vollkommene Heilung und damit eine funktionelle Erkrankung vortäusche, praktisch gewiß sehr unangenehm, weil sie zu Irrtümern bezüglich der Prognose Anlaß geben, sie seien aber doch ohne weiteres verständlich, wenn man sich klar mache, daß der paralytische Krankheitsprozeß nicht alle Teile des Zentralnervensystems gleichzeitig zu ergreifen pflege. Den Beweis dafür besitzen wir in den Fällen, in denen umgekehrt die somatischen Symptome den psychischen Veränderungen lange Zeit voraufgehen. Deshalb

Digitized by Google

ist es so wichtig, daß der Arzt mit größter Sorgfalt auch das Vorhandensein von spinalen Krankheitszeichen bei allen verdächtigen Kranken, Pupillendifferenzen leichterer Art, Reflexe, achtet.

Die Bemerkung des Herrn Vortr., daß auch bei der Paralyse die Persönlichkeit des Kranken die Gestaltung des psychischen Gesamtbildes wesentlich beeinflusse, daß während der normalen Zeit liebenswürdige, „sonnige" Persönlichkeiten auch als Paralytiker diese Qualität beibehielten, daß dasselbe für von Haus aus schwer lenkbare, reizbare Individuen gelte, treffe für den einen oder den anderen Fall gewiß zu; dagegen sei eine Verallgemeinerung derartiger Beobachtungen entschieden als unrichtig abzulehnen: man könne viel häufiger eine völlige Umwandlung des Charakters konstatieren.

Schluß der I. Sitzung: 5½ Uhr.

II. Sitzung, am 30. Oktober 1904, 9¼ Uhr im Hörsal der psychiatrischen Klinik.

Vor der Sitzung benutzten eine Anzahl Mitglieder die durch das liebenswürdige Entgegenkommen des Herrn Medizinalrat *Eschbacher* gebotene Gelegenheit zur Besichtigung der Freiburger Kreispflegeanstalt.

Zum Vorsitzenden wird Herr Medizinalrat Dr. *Kreuser* gewählt.

Ein Vorschlag der Verlagsbuchhandlung Stuber in Stuttgart, die Verhandlungen des Vereins von dieser drucken zu lassen, wird auf Vorschlag des ersten Geschäftsführers Herrn *Hoche* abgelehnt.

Als Versammlungsort für 1905 wird auf Vorschlag von Herrn Prof. *Fürstner* Karlsruhe, zu Geschäftsführern werden die Herren Dr. *Neumann*-Karlsruhe und Professor *Nissl*-Heidelberg gewählt. Als Referatthema wird auf Vorschlag von Herrn Prof. *Hoche* bestimmt: „Die psychischen Zwangserscheinungen" und zu Referenten werden die Herren Privatdozenten Dr. *Rosenfeld*-Straßburg und Dr. *Bumke*-Freiburg bestellt.

Es folgen die Vorträge:

5. Herr *Rosenfeld*-Straßburg: Über Demenz und Aphasie.

R. erwähnt, daß in der Literatur bereits eine größere Anzahl von Fällen beschrieben sind, an welchen die Beziehungen zwischen Demenz und Aphasie erörtert wurden. Es sind das meist Fälle von Dementia senilis, in welchen zu den seit längerer Zeit bestehenden allgemeinen Symptomen von Demenz asymbolische und aphasische Symptome hinzutreten und im Krankheitsbilde dominieren, ohne daß die Annahme berechtigt war, daß gröbere, anatomische Läsionen dazugekommen waren, die ihrerseits erst diese Herdsymptome bedingten.

Heilbronner berichtete über folgenden Fall:

Eine 66jährige Frau, die eine langsam sich entwickelnde Intelligenzstörung bot, und nie an apoplektiformen Anfällen gelitten hatte, zeigte folgende Symptome: Euphorische Stimmung, totale zeitliche und örtliche Desorientierung, Personenverkennung, Konfabulation, totaler Verlust der Merkfähigkeit.

Digitized by Google

Die Diagnose lautete: senile Form der *Korsakow*schen Psychose (Presbyophrenie). Es bestanden zunächst keine Symptome von Aphasie und Asymbolie.

Nach einem Jahr traten zu diesem Krankheitsbilde ohne besondere Zwischenfälle (keine Apoplexien) folgende Symptome hinzu: Die Patientin wußte mit zahlreichen Gegenständen nichts anzufangen, sie hatte das Verständnis für dieselben verloren (Asymbolie). In der Benennung von Gegenständen und der Bezeichnung von Eigenschaften ist sie hochgradig gestört (amnestische Aphasie). In der spontanen Rede fiel der Mangel der Bezeichnung konkreter Gegenstände auf. Ferner wurden konstatiert: Umschreibungen von Begriffen, paraphasische Bildungen, reduzierter Wortschatz, gestörtes Verständnis für Gesprochenes, gestörte Fähigkeit für Schreiben und Lesen. Solche Fälle sind auch von anderen beschrieben und seziert worden und es hat sich gezeigt, daß gröbere, anatomische Veränderungen in solchen Fällen fehlen.

Pick weißt darauf hin, daß auch bei einfacher Hirnatrophie solche Herdsymptome vorkommen können, welche denen bei richtigen Herderkrankungen durchaus gleichen können.

Die anatomische Grundlage für solche Fälle kann nach *Alzheimer* eine perivaskuläre Gliose sein.

Heilbronner weißt mit Recht darauf hin, daß solche Beobachtungen die Lehre von der Aphasie beeinflußen müssen.

Es fragt sich nämlich ob solche Störungen wie in dem *Heilbronner*schen Falle überhaupt zur Asymbolie oder Aphasie zu rechnen sind oder ob dieselben nicht nur der Ausdruck einer hochgradigen Demenz sind. Der Umstand, daß solche Fälle in kein Aphasieschema hineinpassen, spricht dafür, daß man vielleicht keine eigentliche Aphasie vor sich hat und *Heilbronner* gebraucht für seinen Fall den Namen einer ungewöhnlichen Form der transkortikalen sensorischen Aphasie. Andererseits kommen aber wieder richtige aphasische Störungen, wie Paraphasie und Umschreibungen von Begriffen vor. Und die Sektionen solcher Fälle mit den genannten Herdsymptomen zeigen, daß nur einfache, diffuse Gehirnatrophie zu bestehen braucht und die zu der Demenz hinzugetretenen Herdsymptome keine besondere anatomische Grundlage zu haben brauchen.

Der Verlauf dieser Fälle, wie der von *Heilbronner* beschriebene, war nun meist der, daß erst spät bei schon bestehender mehr oder weniger hochgradiger Demenz herdförmige Symptome auftraten.

R. berichtet nun über einen Fall von leichter Demenz bei einem 62jährigen Alkoholisten, bei dem der Verlauf ein umgekehrter war. In einem Stadium, in welchem die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit, das Gedächtnis und die zeitliche und örtliche Orientierung durchaus intakt waren, traten zuerst asymbolische und aphasische Symptome auf, für welche der Patient noch vollkommene Krankheitseinsicht hatte, und welche ohne irgendwelche Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung sich entwickelten.

Es handelte sich um einen 62jährigen Eisenbahnsekretär, der in seinem

Digitized by Google

54. Jahre wegen mangelhafter Leistung und Neigung zum Trinken aus seinem Amt entlassen wurde. Bis vor einem Jahre war er noch als Agent bei einer Versicherung tätig. Er litt kurze Zeit an Rheumatismus an einer Hand. Vor einem halben Jahr kam er wegen „Kopfschwäche" in die Klinik und gab an, „er habe an die tausend Worte vergessen". Nie bestanden bei dem Patienten apoplektische Insulte.

Befund: Guter Ernährungszustand. Normale Organe. Keine Zirkulationsstörung. Pupillen, Reflexe, Gang, Sprache, Hör- und Sehschärfe durchaus normal. Keine Paresen. Nervenstämme nicht schmerzhaft.

Psyche: Vollkommene Orientierung über Zeit und Raum. Er kennt alle Straßen der Stadt bis auf alle Einzelheiten. Gedächtnis vollkommen erhalten. Er berichtet über alle Ereignisse der Vergangenheit ohne Fehler. Er spielt jeden Tag Schach, liest, schreibt, rechnet fehlerlos. Er liest Zeitung mit Verständnis und behält die Tagesereignisse.

Als Zeichen seiner Demenz seien erwähnt Euphorische Stimmung, Neigung zu unpassenden Späßen, Trinkexzesse. Er beschäftigt sich nicht, steht stundenlang in der Wohnung oder auf der Straße umher. Er schreibt lange Berichte an den Bürgermeister, über Änderungen von Straßennamen und Neubauten, und macht zwecklose Eingaben an Behörden.

Die wesentliche Störung bei dem Patient ist nun folgende:

Das Benenungsvermögen für konkrete Gegenstände ist hochgradig gestört. Von den zahlreichen Gegenständen, die er alle richtig in ihrer Bedeutung erkennt, kann er nur folgende benennen: Schlüssel, Geld, Glas, Tinte, Tisch, Stuhl, Apfel. Alle übrigen fehlen. Er sucht sich nun durch Umschreibungen zu helfen. Beispiele: Schlips nennt er eine Halssache, Streichholz, „zum Anstreichen", Brille, „das hab ich oft reparieren lassen", Spritze, „davon hab ich gar keine Ahnung" „es hat eben gespritzt, es ist eine eiserne Spritzerei".

Für zwei Gegenstände ist er asymbolisch: (Stimmgabel und Thermometer).

Vereinzelte paraphasische Bildungen. Die Merkfähigkeit ist ungestört, jedoch kann Patient nicht die Namen der ihm vorgezeigten und benannten Gegenstände behalten, obwohl er noch nach Wochen weiß, welche Gegenstände ihm gezeigt worden sind.

Er lernt nur drei Gegenstände wieder benennen: Uhr, Streichholz, Messer.

Keine *Grasheysche* Aphasie.

Wird Patient aufgefordert aus der Erinnerung heraus konkrete Gegenstände zu benennen, so zeigt er auch hier beträchtliche Defekte. Er kann nur von Früchten „den Apfel" nennen und umschreibt die Birne als weiblichen Apfel, der oben spitz ist. Von Tieren kennt er nur den Hund. Seinen Kanarienvogel beschreibt er folgendermaßen: „Ich habe ihn sieben Jahre, er steht auf dem Ofen, er ist aus Afrika und gelb".

Die Namen der nicht benannten Gegenstände liest er fehlerlos, schreibt sie auf Diktat richtig und spricht sie richtig nach, ohne daß er sich in jedem Falle klar wird, daß es die richtige Benennung ist.

Digitized by Google

Durch Zuhilfenahme des Tastsinnes wird die eben beschriebene Störung nicht gehoben.

Läßt man ihn die genannten Gegenstände zunächst nur betasten, so beschreibt er dieselben nur nach dem Material, aus welchem sie gemacht sind, richtig, ohne sie jedoch erkennen und benennen zu können.

Dies der Befund vor einem halben Jahre. Auch jetzt bestehen noch keine Zeichen einer gröberen, organischen Gehirnerkrankung. Das psychische Verhalten hat sich insofern geändert, als der Kranke euphorischer ist, ideenflüchtige Reden führt, konfabuliert, seine Aufmerksamkeit nachläßt und seine geistige Stumpfheit entschieden zunimmt.

Falls der Fall zur Sektion kommt, wird an anderer Stelle nochmals eingehend über ihn berichtet werden.

6. Herr *Spielmeyer*-Freiburg i. B. Demonstration von Encephalitispräparaten.

Sp. demonstriert (mit Hilfe des Projektionsapparates) Präparate zweier Fälle von Großhirnencephalitis und eines Falles von akuter hämorrhagischer Polioencephalitis superior.

Die beiden Großhirnfälle sind wesentlich von einander verschieden: in dem einen findet sich — als einzig nachweisbare Veränderung — eine Rundzellenanhäufung in den Gefäßhüllen des Hemisphärenparenchyms und stellenweise auch in den meningealen Maschen; in dem anderen beherrscht ein herdförmiger Entzündungsprozeß mit großzelliger Hyperplasie das ganze Hemisphärenmark. Diese Fälle beanspruchen ein besonderes kasuistisches Interesse: der erste kann die Übergänge zu den Encephalitiden ohne anatomisches Substrat illustrieren, er erinnert an die Befunde von *Krannhals* bei seinen meningitisähnlich verlaufenden Fällen; der zweite leitet zu den indurativen Endausgängen der geheilten Encephalitis über, zu den Fällen also von sogenannter „sekundärer" oder „entzündlicher Sklerose".

So different diese beiden Großhirnencephalitiden sind, so sind beiden doch exquisit entzündliche Veränderungen gemeinsam. Bei der typischen *Wernicke*schen Polioencephalitis dagegen vermissen wir diese echten Entzündungserscheinungen, es handelt sich hier um einfache hämorrhagische Infiltration. Für deren Genese dürften zwei Momente in Betracht kommen: die anatomisch-pathologischen und pathogenetischen Beziehungen dieser Extravasate im zentralen Höhlengrau zu den Blutungen bei der hämorrhagischen Diathese, und ferner die reichen Gefäßneubildungen in den von den Blutungen betroffenen Gegenden. (Eigenbericht.)

Diskussion. Herr *Bayerthal* fragt den Vortr., wo die Krampfanfälle begonnen hätten, ob bei der Differentialdiagnose ein Tumor in Betracht gezogen und endlich, ob eine operative Behandlung der Krankheit erwogen worden wäre.

Digitized by Google

Herr *Nissl* fragt, ob das Gehirn im ersten Falle so genau untersucht worden wäre, daß das Vorhandensein von Entzündungsherden mit Sicherheit auszuschließen wäre. Eine echte Encephalitis ohne solche Herde bedeute für die menschliche Pathologie eine prinzipiell neue Tatsache, für die nur bei Hunden in der Staupeencephalitis ein Analogon existierte.

Im zweiten Falle bittet *N.* den Vortr. um Aufschluß darüber, ob unter den zelligen Elementen der Herde vornehmlich Körnchenzellen nachzuweisen gewesen wären.

Hinsichtlich des dritten Falles sei er mit dem Vortr. der Ansicht, daß es sich bei der *Wernicke*schen Krankheit nicht um eine echte Entzündung handle. Nicht dagegen stimme er mit der Auffassung des Vortr. insofern überein, als nach seiner Meinung die Blutungen primär, die Gefäßneubildungen sekundär aufträten.

Herr *Fürstner* fragt, ob auch Anzeichen älterer Blutungen (Pigment etc.) im dritten Falle gefunden wurden.

Bezüglich des ersten Falles sei daran zu erinnern, daß ähnliche Gefäßveränderungen doch nicht so selten auch bei anderen Prozessen vorkämen, und es sei fraglich, ob aus ihnen allein die Diagnose der Encephalitis abgeleitet werden dürfte.

Herr *Spielmeyer* (Schlußwort) antwortet Herrn *Bayerthal*, daß die *Jackson*schen Krämpfe im ersten Falle stets im rechten Facialis und im rechten Arm begonnen hätten. Die Diagnose eines Hirntumors sei in Frage gekommen, und es sei deshalb die Trepanation des Schädels vorgenommen worden.

Herrn *Nissl* erwidert der Vortr., daß das Gehirn in dem ersten Falle nicht so gründlich untersucht sei, daß mit Sicherheit das Vorhandensein von Herden auszuschließen gewesen sei. In den zahlreichen Präparaten aus den verschiedensten Gehirnteilen ließen sich Entzündungsherde jedenfalls nicht nachweisen. Die zelligen Elemente im zweiten Falle seien gequollene Gliazellen und epitheloide Zellen gewesen, welche letztere der Vortr. für *Friedmann*sche Zellen hält. In dem Falle von *Wernicke*scher Krankheit glaubt der Vortragende auch dort (im Höhlengrau) neugebildete Gefäßschlingen gefunden zu haben, wo Blutungen fehlten.

Auf Herrn *Fürstner*s Frage antwortet der Vortr., daß sich ältere Veränderungen in den polioencephalitischen Herden nicht nachweisen ließen. Die Gefäßinfiltrationen in dem ersten Falle zeigten den histologischen Charakter der encephalitischen Gefäßveränderungen; speziell erinnerten sie an die *Krannhals*schen Befunde. (Eigenbericht.)

Während einer kurzen Pause, die nach diesem Vortrag gemacht wird, demonstriert Herr Prof. *Hoche* die Badeeinrichtung auf der Frauenabteilung der psychiatrischen Klinik und zeigt eine (von der Firma Berthold u. Sutter, Freiburg konstruierte) Vorrichtung zur Mischung warmen und kalten Wassers.

Digitized by Google

Nach der Pause folgt der Vortrag von

7. Herrn *Wollenberg*-Tübingen: Über Gehirncysticerken.

Nach einigen einleitenten Bemerkungen über Entstehungsweise, Vorkommen und Häufigkeit, sowie Lieblingslokalisation der Cysticerken im menschlichen Körper geht der Vortragende auf die zuerst von *Zenker* erkannte und unter dem Namen „Cysticercus racemosus" beschriebene Form dieses Parasiten ein und teilt sechs Fälle mit, die er in den neunziger Jahren in der *Hitzig*schen Klinik untersucht und bis zum Tode beobachtet hat. — Die Fälle zeigten in anatomischer Beziehung eine weitgehende Übereinstimmung, da in vier von ihnen die charakteristischen, vielfach verästelten Blasen in der Gegend von Pons, Oblongata, Hirnschenkeln und Chiasma sich vorfanden, während in den beiden letzten nur einzelne, aber größere und zum Teil in der basalen Hirnsubstanz selbst gelegene Blasen vorhanden waren. Daneben wurden in einigen Fällen membranausgekleidete Höhlen in den Hirnlappen, ferner Erweichungen in den großen Ganglien, endlich ziemlich regelmäßig Ependymgranulationen, Hydrops ventriculorum und chronische Verdickung der weichen Häute festgestellt. — Das klinische Bild kennzeichnete sich von vornherein durch Kopfschmerz, Schwindel, meist auch durch frühes Erbrechen. Ferner waren statische Ataxie, Veränderungen des Augenhintergrundes (Hyperämie, Neuritis optica, seltener Stauungspapille), Affektionen der basalen Hirnnerven, mannigfache Reizerscheinungen im Gebiet der Körpermuskulatur vorhanden, dazu die den jeweiligen Herderkrankungen entsprechenden Ausfallerscheinungen. Hervorhebung verdient eine allgemeine Hyperästhesie, die in fünf von den sechs Fällen sehr ausgesprochen war, und das Auftreten von Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, das in mehreren Fällen schon aus weit vor dem eigentlichen Krankheitsbeginn liegender Zeit berichtet wurde. Aus dem weiteren Verlauf ist von besonderer Bedeutung der frappierende Wechsel in der Intensität der Krankheitserscheinungen.

Im Anschluß daran erörtert der Vortragende die Diagnose der Gehirncysticerken und zwar speziell im Hinblick auf die hier allein in Betracht gezogene Form.

Die Feststellung, daß es sich um ein organisches und raumbeschränkendes Leiden des Schädelinnern handelte, machte in keinem der besprochenen Fälle Schwierigkeiten; ebenso wiesen die Symptome mit hinreichender Deutlichkeit auf eine Affektion der hinteren Schädelgrube und der Gehirnbasis hin. Aber auch die Spezialdiagnose könnte in Fällen dieser Art, auch ohne daß Cysticerken an den direkter Untersuchung zugängigen Stellen (Haut, Auge, Zunge) vorhanden wären, wohl vielfach wenigstens mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt werden und wurde in dem zuletzt beobachteten Falle tatsächlich auch richtig gestellt. Besonders ist dabei der auffällige Wechsel der Erscheinungen charakteristisch, der ähnlich höchstens bei spezifischen Erkrankungen vorkommt. Außerdem ist vielleicht die in den mitgeteilten Fällen fast ausnahmslos festgestellte allgemeine Hyperästhesie von diagnosti-

Digitized by Google

scher Bedeutung und endlich verdient wohl das mehrjährige Vorausgehen heftiger Schmerzen der verschiedensten Körpergebiete Beachtung.

Der Vortrag, der durch die Projektion einiger Diapositive erläutert wurde, wird im Archiv für Psychiatrie in erweiterter Form veröffentlicht werden. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Fürstner* bestätigt die Angabe des Vortr., daß diese Fälle in Süddeutschland in der Tat sehr selten seien. Er habe während seiner dreizehnjährigen Tätigkeit in der Straßburger Klinik noch keinen einzigen derartigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, während diese Erkrankungen in Berlin und Greifswald viel häufiger vorkämen. Sodann fragt *F.* den Vortr., ob in den von ihm beobachteten Fällen keine epileptischen Anfälle aufgetreten seien, die doch sonst kein seltenes Symptom bei diesen Kranken darstellten.

Herr *Thoma* betont ebenfalls die große Seltenheit dieser Fälle, von denen in Illenau bei 600 Sektionen nur einer beobachtet wurde. Es handelte sich um ein senil-dementes, 76jähriges Individuum, das klinisch keine Herderscheinungen bot und dessen Cysticerken deshalb nicht diagnostiziert werden konnten. Bei der Autopsie fand sich eine Anzahl von Blasen in der Rinde und im dritten und vierten Ventrikel.

Herr *Laquer* erwähnt, daß in Breslau solche Fälle — im Gegensatz zu Frankfurt — relativ häufig seien und bestätigt Herrn *Thoma*, daß die Cysticerken recht häufig gar keine Erscheinungen machten. Der oft beobachtete schnelle Wechsel der Krankheitserscheinungen weise darauf hin, daß man es hier oft mit toxischen Einflüssen und nicht immer mit Herdsymptomen zu tun habe.

Herr *Gilfing* hat in Herzberge häufiger Gelegenheit gehabt, Cysticerken des Gehirns zu beobachten.

Herr *Wollenberg* (Schlußwort): Er habe speziell über die basale Erkrankung durch Cysticercus racemosus gesprochen; deshalb wohl habe er in seinen Fällen selten epileptische Anfälle gesehen. Gegenüber Herrn *Laquer* sei daran zu erinnern, daß sich die Blasen lebhaft zu bewegen pflegen, wie man das dann sähe, wenn sie einmal im Auge säßen. Diese Beweglichkeit vermöge doch sehr wohl den Wechsel der klinischen Erscheinungen zu erklären. Die Seltenheit des Vorkommens der Cysticerken in Süddeutschland sei in den Lebensbedingungen begründet, die hier ganz andere seien als im Norden des Reiches. Im übrigen nähme die Taenia solium an Häufigkeit überhaupt ab. In seltenen Fällen sei es übrigens gelungen, die Diagnose mit Hilfe der Lumbalpunktion zu stellen.

8. Herr *Hoche* demonstriert einige Fälle von Kretinismus, die zum Teil in der Freiburger Kreispflegeanstalt verpflegt werden.

Digitized by Google

9. Herr *Merzbacher*: Zur Biologie der Nervendegeneration.

M. teilt die Ergebnisse experimenteller Versuche mit, die an Winterschläfern und bei der Transplantation isolierter Nervenstücke gewonnen wurden.

Die Degenerationsversuche an winterschlafenden Fledermäusen geben Zeugnis von der großen Abhängigkeit des Degenerationsprozesses von den Einflüssen der umgebenden Temperatur. In der Kälte scheinen wir ein Mittel zu besitzen, um den Eintritt der Degeneration zeitlich zu trennen von der Wirkung der Schädigungen, die den Nerven im Augenblick der Durchschneidung treffen.

An den transplantierten Nervenstücken konnte man zweierlei regressive Prozesse verfolgen, die histologisch und biologisch voneinander verschieden sind. Der eine Prozeß entspricht der bekannten typischen Degeneration, der andere Prozeß wird von *M.* als ein zur Nekrose führender Prozeß aufgefaßt: er ist besonders dadurch von der Degeneration ausgezeichnet, daß im Verlaufe desselben die Markscheiden in toto sich verändern, ohne in Segmente zu zerfallen. Degeneration trat ein bei der Autotransplantation, d. h. wenn der Nerv eines Tieres auf dasselbe Tier transplantiert wurde; Nekrose hingegen spielte sich am isolierten Nervenstück ab bei der Heteroplastik, d. h. wenn ein Nervenstück aus einem Tiere in ein Individuum einer anderen Species übergepflanzt wurde. In einer anderen Versuchsreihe wurde zu beweisen gesucht, daß die Degeneration als ein Lebensprozeß aufzufassen sei, d. h. als ein Vorgang, der nur im lebenden Gewebe sich abspielt und ferner nur an überlebenden Nerven. Der Beweis wurde dadurch erbracht, daß die Nervenstücke auf tote, jedoch warm gehaltene Tiere transplantiert wurden und ferner dadurch, daß Nerven aus toten Tieren auf lebende übertragen wurden. Bei all diesen Versuchen verlor der Nerv die Fähigkeit zu degenerieren; es spielte sich hingegen an demselben der nekrotische Vorgang ab. (Autoreferat.)

10. Herr *Wilmanns*-Heidelberg spricht über das Landstreichertum, seine Verhütung und Bekämpfung.

Wir stehen dem professionellen Vagabundentum ziemlich machtlos gegenüber. Kurze Haftstrafen und Nachhaft haben keinen Einfluß darauf gehabt. Das Fürsorgewesen (Verpflegungsstationen, Wanderarbeitsstätten und Arbeiterkolonien) hat seinen Zweck, die Unterstützung des mehr oder weniger vollwertigen und arbeitswilligen Arbeitslosen verfehlt. Die Ausnutzung dieser Einrichtungen durch Gewohnheits- und professionelle Bettler hat ihnen allmählich einen Charakter verliehen, der die besseren Arbeiterelemente ihnen entfremdet, so daß sie jetzt vorzugsweise von mehr oder weniger erwerbsunfähigen und den größten Teil des Jahres auf fremde Unterstützungen angewiesenen, meist vorbestraften Persönlichkeiten aufgesucht werden.

Eine wirksame Verhütung und Bekämpfung kann nur auf Grund genauerer Kenntnis des Landstreichers und der Ursachen für die Vagabondage eingeleitet werden.

Digitized by Google

Der Vortr. spricht sodann über die geistigen und körperlichen Defekte der im Arbeitshause detinierten Korrigenden, über den Einfluß von mangelhafter Erziehung und Ausbildung, die Wechselbeziehungen zwischen Alkoholismus und Vagabondage, die soziale Lage und Arbeitsgelegenheit für vermindert Erwerbsunfähige und Gelegenheitsarbeiter, über die Beziehungen zwischen Verbrechertum und Vagabundentum, über die Gelegenheits-, die Gewohnheits- und die professionellen Bettler, und endlich über die Ursachen für die mangelhaften Resultate der Zwangserziehung und der Fürsorgevereine für entlassene Gefangene.

Als Mittel zur Bekämpfung und Verhütung des professionellen Landstreichertums schlägt der Vortr. vor: Reform der Fürsorge- und Zwangserziehung unter psychiatrischer Leitung, Bekämpfung des Alkoholismus, Verwahrung der Unverbesserlichen in ihrem Defekte entsprechenden Anstalten. Erst nach Elimination der Unverbesserlichen wird die Arbeitslosigkeit insbesondere durch die Arbeitslosenversicherung mit Erfolg bekämpft werden können.

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr *Kreuser* weist auf die Schwierigkeiten hin, die einer Verwirklichung der von dem Vortr. gemachten Vorschläge einstweilen noch im Wege stünden.

11. Herr *Hoche*-Freiburg: Über Zwangshalluzinationen.

Der Vortrag wird demnächst an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.

Diskussion: Herr *Thomsen* berichtet über einen analogen Fall seiner Beobachtung. Es handelte sich um eine 25jährige Patientin, die schon seit Jahren an Ansteckungsfurcht usw. litt, und bei der dann Zwangshalluzinationen auftraten, nachdem sie einmal eine Flasche mit (rotgefärbtem) Sublimat hatte stehen sehen. Seitdem sah sie jede Flüssigkeit (Bade-, Wasch-, Trinkwasser) rot gefärbt. Hatte sie sich gewaschen, so erschien ihr ihre eigene Haut rot. Dazu traten andere Störungen, so namentlich eine eigene Form von Zählsucht derart, daß das Wasser z. B. weiß blieb, bis sie bis 10 gezählt hatte, was sie zwangsmäßig tun mußte. Auch in diesem Falle handelte es sich um echte Sinnestäuschungen, nicht um Phantasievorstellungen.

12. Herr *Pfister*-Freiburg: Über Störungen des Schlafes.

Referent gibt eine kurze Übersicht über unser Wissen von den physiologischen Ursachen, Begleiterscheinungen, der Psychologie, Anatomie des Schlafes, weist auf das Bedürfnis nach weiteren physiologischen, psychologischen, klinischen und anatomischen Vorarbeiten hin, die erst ein späteres systematisches Zusammenarbeiten der verschiedenen Disziplinen zur völligen

Digitized by Google

Begründung des normalen und pathologischen Schlafes ermöglichen werden, und berichtet dann über seine klinischen und statistischen Untersuchungen einzelner Anomalien des Einschlafens, Erwachens sowie gewisser Störungen und abnormer Begleiterscheinungen des Schlafes selbst. Danach haben die sogenannten hypnagogen Sinnestäuschungen (zumeist richtiger als Urteilstäuschungen des einschlafenden Bewußtseinsorgans über die Intensität lebhafter Erinnerungs- und Phantasiebilder anzusehen) keine besondere pathologische Bedeutung, wenn sie nur gelegentlich, nach schwächenden Einflüssen, insbesondere besonderer Inanspruchnahme einer Sinnessphäre auftreten. Treten sie dagegen mehr chronisch (habituell) in einem oder mehreren Sinnen auf, zeigen sie besondere Stärke oder Hartnäckigkeit (Zwangscharakter) — wie bei degenerativen Zuständen des Zentralnervensystems, konstitutioneller Neurasthenie, Hysterie besonders der Fall — so beruhen sie offenbar auf funktionellen Schwächezuständen, einem abnormen Erethismus der betreffenden Sinnesregion und können deshalb als neuropathisches Stigma betrachtet werden.

Zähneknirschen, Kau-, Augen- Kopfbewegungen, Schlafsprechen finden sich in der Vorgeschichte nicht ausgesprochen Erkrankter, sowie derjenigen aller möglichen Hirnnervenleiden. Wohl 90% des Materials waren erheblich belastet, gut die Hälfte bot konstitutionell neurasthenische Züge, ein Drittel litt an Epilepsie oder hatte wenigstens in direkter Aszendenz Epilepsie.

Bei einer geringeren Zahl der Fälle treten die abnormen Erscheinungen nur sporadisch, kurz dauernd (in einzelnen Lebensperioden), gewöhnlich in deutlichem Zusammenhang mit schwächenden Momenten (nach Krankheiten, lebhaften Gemütsbewegungen usw.) auf. In der Mehrzahl der Fälle aber handelte es sich um eine mehr chronische, habituelle Störung, die allerdings vornehmlich nur im Kindes- und Pubertätsalter konstatiert wurde, jedenfalls an Häufigkeit auf der Lebenshöhe zurücktritt. Ein zweites Maximum ihres Vorkommens bietet dann das Rückbildungsalter; Schlafbewegungen, Schlafsprechen scheinen in den (neurasthenischen) Prodromalperioden organischer Hirnkrankheiten (arteriosklerotische Atrophie, Paralyse usw.) öfters erstmals aufzutreten.

Schlafhandeln (Gestikulieren, Aufsitzen, Aufstehen im Schlaf) und Schlafwandeln kommen vom frühen Kindesalter an, insbesondere zwischen 14. und 30. Lebensjahr, meist nur sporadisch, in der Pubertät, nach erschöpfenden Einflüssen (Krankheiten usw.) auch gehäuft vor. Scheinbar handelt es sich stets um erheblich belastete Individuen; zwei Drittel derselben boten unverkennbar hysterische Züge, ein kleiner Teil war epileptisch. Die weiblichen Kranken überwiegen.

Dagegen war weitaus die Mehrzahl der mit Pavor nocturnus behafteten bezw. in der Kindheit behaftet gewesenen Individuen nachweisbar epileptisch bezw. hatte in der Aszendenz Epilepsie; ein Fünftel bot hysterisch degenerative, noch ein kleinerer Teil rein konstitutionelle neurasthenische Züge.

Digitized by Google

Über die Pubertät hinaus scheinen Anfälle in erheblicherem Grade nur bei Epileptikern vorzukommen, bei denen offenbar im Zusammenhang mit Intensitätsschwankungen der epileptischen Hirnveränderung in manchen Zeiten allnächtlich sich Anfälle einstellen (als Gelegenheits- und auslösende Ursachen auch hier körperliche Zustände bedeutsam).

Vortr. berichtet dann weiter über neue Beobachtungen von Enuresis nocturna-Fällen und Störungen des Erwachens, die seine in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol. 1904 und Berl. klinische Wochenschr. 1903 publizierten Anschauungen stützen und ergänzen.

Diskussion: Herr *Weygandt* begrüßt die Untersuchungen des Redners die erkennen lassen, daß das wichtige Problem des Schlafes aus der Zeit unfruchtbarer Hypothesenbildung in das Stadium des Materialsammelns übergetreten ist. Als ein Symptom nervöser Erschöpfung möchte er auch das vorzeitige psychomotorische Einschlafen bezeichnen. Hinsichtlich der Schlummerbilderspielt wohl die Gesichts- und Gehörssphäre die größte, aber keineswegs die einzige Rolle, sondern auch andere Sinnesgebiete können beteiligt sein, wie *W.* in einem Beitrag zur Wundtfestschrift (Philosophische Studien, Band XX) beschrieben hat.

Herr *Frank* fragt, warum keine Untersuchungen mittels der Hypnose gemacht seien.

Herr *Pfister* (Schlußwort) erwidert, daß die betr. Patienten dazu ungeeignet gewesen seien.

13. Herr Dr. *Beyer*-Littenweiler: Über die Bedeutung früher Heirat für die Entstehung nervöser Erkrankungen der Frauen.

Die Anregung zu diesen Untersuchungen gab dem Vortr. die Beobachtung, daß unter seinen verheirateten Patientinnen ein auffallend großer Teil vor vollendetem 20. Lebensjahr in die Ehe getreten war.

In der Literatur wird die Heirat als ätiologisches Moment von manchen Autoren gar nicht erwähnt, indem sie nur auf die Geschlechtsfunktionen (erster Coitus, Gravidität, Puerperium usw.) Rücksicht nehmen. Andere weisen darauf hin, daß die Ehe wohl für den Mann bessere Lebensbedingungen schaffe (*Krafft-Ebing*), daß aber für die Frau, deren Lebensführung durch die Heirat eine viel einschneidendere Veränderung erfahren habe (*Senator*), die ungünstigen Einflüsse und Gefahren zahlreicher und wirksamer werden, und zwar nicht nur die körperlichen Schädlichkeiten, sondern namentlich auch die psychischen Momente: Kummer, materielle Sorgen, Differenzen mit dem Gatten usw. (*Griesinger, Krafft-Ebing, Kirchhoff* u. a.). Die Tatsache, daß unter den ledigen Geisteskranken das männliche, unter den verheirateten das weibliche Geschlecht überwiegt, wird von *Griesinger* ausschließlich durch das Heiraten der Mädchen in früherem Lebensalter erklärt; bei der Neurasthenie und Hysterie aber führen *Krafft-Ebing, Löwenfeld* u. a. die ehelichen Verhältnisse geradezu als Ursachen der Erkrankung an.

Digitized by Google

Frühe Heirat vor erreichter körperlicher Reife, also etwa vor d 21. Lebensjahr, wird von vielen Autoren widerraten und ihr Verbot sogar gesetzliche Prophylaxe vorgeschlagen (*Weygandt*). *Krafft-Ebing* erklärt, bestehe sonst die Gefahr, daß Schwangerschaft und Puerperium einen ni genügend entwickelten, unkräftigen Körper vorfinden und Irresein hervorru Man wird annehmen dürfen, daß auch die sonstigen Gefahren und Schädli keiten des ehelichen Lebens bei ganz jungen Frauen besonders leicht Einfluß sein können. Doch ist über unmittelbare Schädigung infolge frü Heirat nirgends berichtet.

Viel wesentlicher ist daher wohl die Tatsache, daß überhaupt die i in Betracht kommenden Psychosen und Neurosen am häufigsten um 20. Lebensjahr herum, die Hysterie sogar gerade im Alter von 16—20 Jah (*Gilles de la Tourette*) zu beginnen pflegen. Während daher Ehelosigkeit vielen Fällen schon als die Folge einer unvollkommenen psychischen E wicklung, einer bestehenden oder überstandenen Geistesstörung anzuse ist (*Kraepelin*), vermehrt sich andrerseits für die früh Verheirateten die A sicht auf nervöse Erkrankung in der Ehe, aber dann natürlich nicht du die Ehe.

In manchen Fällen ist frühes Heiraten selbst schon als Folge psychisc Abnormität anzusehen, so bei schwärmerischen, überspannten, exzentrisch vielleicht auch sexuell stark veranlagten Mädchen. Hier wäre Aufschub Hochzeit gerade erst recht geboten gewesen.

Vortr. weist noch besonders darauf hin, daß auf das Bestehen nervö Symptome vor Eingehen der Ehe mehr als bisher zu achten ist. Grade sol anscheinend wenig verdächtigen Fälle sollten oft von der Heirat aus schlossen werden, weil sie sich später zu chronischer Neurasthenie, Hyste Hypochondrie usw. auswachsen und dadurch das Eheglück und Familienle weit gründlicher und nachhaltiger zerstören als eine akute Psychose, n deren Überstehen die Frau wieder völlig gesund ist. Hinausschieben Hochzeit kann schon viel zur Klärung der Verhältnisse beitragen und manc Unheil verhüten. Man sollte sich aber für die Prophylaxe nicht mit al meinen schematischen Maßregeln begnügen, sondern speziellere Indikatio aufstellen, die sich bei gründlicher Durcharbeitung umfangreicheren Kranl materials in mannigfacher Weise ergeben dürften. (Eigenbericht

Schluß der Sitzung: 1 Uhr.

Am Nachmittag folgte ein Teil der Versammelten der Einladung Herrn Dr. *Beyer* zur Besichtigung des von diesem geleiteten Sanatori „Waldhof" in Littenweiler bei Freiburg.

Freiburg und Heidelberg, November 1904.

Bumke. *Merzbache*

Digitized by Google

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

71. Sitzung vom 28. Februar 1902.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden bespricht eine von ihm gefertigte Zusammenstellung des Ergebnisses der Verhandlungen gen gemindert Zurechnungsfähige vor der VI. Strafkammer und m Schwurgericht des 4. Quartals beim Königlichen Landgericht. esden im Jahre 1900. Er führt u. a. aus:

Bei der Zusammenstellung sind alle diejenigen Fälle unberücksichtigt lieben, in denen nur wegen gelegentlichen Alkoholmißbrauches von etwaiger minderter Zurechnungsfähigkeit hätte gesprochen werden können. Es hat glich ein Bild gegeben werden sollen, ob und in welchem Umfange sonst olge körperlicher oder geistiger krankhafter Störungen oder infolge be-derer Erregungs- und Erschöpfungszustände, die nicht ausschließlich auf übergehenden Alkoholmißbrauch zurückzuführen waren, eine geminderte rechnungsfähigkeit bei der Spruchpraxis eines einzelnen Gerichtes erkenn- hervorgetreten ist.

Eine sorgfältige, zumeist unter Zuziehung des psychiatrischen Gerichts-tes vorgenommene Prüfung hat hierbei dem erkennenden Gerichte nur in hältnismäßig sehr wenig Fällen Anlaß gegeben, der Frage überhaupt ter zu treten. In der Strafkammer kamen auf 550 verhandelte Sachen 8 derartige Vorgänge, d. i. 1,44 %; beim Schwurgericht bei 29 Verhand-gen 4 oder 13,4 %.

Wo diese Prüfung zu der Annahme der geminderten Zurechnungsfähig-t Anlaß gegeben hat, hat sie durchweg in der Strafkammer zur Mil-ung der Strafe nach Art und Umfang geführt. Im Schwurgericht da-gen hat annehmbar die Feststellung der geminderten Zurechnungsfähigkeit der Regel die Verneinung der Schuldfrage oder doch der Überlegung anlaßt, während in einem Falle, wo ein besonders gemeingefährliches, die entlichkeit erregendes Sittlichkeitsverbrechen vorlag, die Zubilligung mil-nder Umstände trotzdem versagt worden ist.

Die nähere Darlegung der einzelnen bei dieser Zusammenstellung in tracht gezogenen Fälle erfolgte unter Wiedergabe des wesentlichen Inhalts Aktenmaterials bezw. der psychiatrischen Gutachten und unter Hervor-ung dessen, daß es sich hier um einen erstmaligen Versuch handele, aus Praxis heraus Material zur Berücksichtigung der Frage zu liefern, ob für strafgesetzliche Anerkennung der geminderten Zurechnungsfähigkeit ein fürfnis vorliege.

In der folgenden Diskussion spricht man sich für Fortführung der ammenstellung aus und bezeichnet es als besonders wünschenswert, diese h auf die schöffengerichtlichen Erkenntnisse zu erstrecken. (Vgl. Anlage A 82. Sitzung vom 30. Mai 1903.)

Digitized by Google

72. Sitzung vom 27. März 1902.

Herr Bezirksassessor Dr. *Ilberg*-Dresden über „Gesundbeten".

Der Vortr. schildert Persönlichkeit und Wirken Mary Baker Eddys au Bow (New Hampshire, Vereinigte Staaten von Amerika), der Urheberin d sogenannten christian science, und entwirft ein Bild der scientistischen Lehr Einer der wichtigsten Sätze der letzteren ist kurz der: Sünde, Kumme Krankheit, überhaupt alles Übel existiert nicht absolut (vgl. Hegel: Was ve nünftig ist, ist wirklich), sondern nur in der Illusion, von welcher d Eddyisten unter Herabflehung der göttlichen Kraft den menschlichen Gei befreien können und sollen. Der gutartige Eddyismus bezweckt insonde heit, die Menschheit in ruhige, friedliche Stimmung, den Zustand der Ha monie zu versetzen und gesund zu machen. Der Vortr. führt aus, daß d scientistische Lehre in wesentlichen Punkten unchristlichen Charakters (A klänge u. a. an Pantheismus und Hinduismus; auch anderer Erlösungs- u Heilgabebegriff), und daß es wissenschaftlich durchaus erklärlich sei, we von der Eddy und ihren Anhängern bei dem praktisch wichtigsten Zwei ihrer Wirksamkeit, dem Gesundbeten, Erfolge erzielt wurden (Suggesti Hypnose). Von Medizinern wird die Möglichkeit von Heilungen funktionel Störungen, namentlich solcher auf nervöser Grundlage durch die Scientist zugegeben, dagegen Beseitigung organischer Krankheiten für ausgeschloss erklärt.

Nicht unbedeutendem Wachsen der Mitgliederzahl in der Union folg insbesondere nach mißlungenen Kuren und von Abfällen sowie wegen e stehender Gewinnsucht Heilender, ein Rückgang. Wohl namentlich deshalb k die Lehre auch nach Deutschland: also kaum gerufen, wenn auch teilweise ni ungelegen. Sie fand Anhänger z. B. in Königsberg, Hannover, Berlin (v Interpellation Kreitling im dortigen Stadtverordnetenkollegium, Reichstagsv handlung), Dresden usw. In Berlin scheint durch Kuren und Schriftenverk ziemlich viel Geld verdient und teilweise nahezu deliktisch verfahren, der Hö punkt aber wohl überschritten zu sein und die Sache nicht mehr als so v nehm zu gelten. In Dresden äußerte sich der Scientismus meistens ziem harmlos; in der Hauptsache gewann er hier charakteristischerweise äl Damen vornehmen und mittleren Standes, die eine Vereinigung bildeten, durch Beten die Heilung Leidender zu bewirken; Geld ist hier schein nicht viel verlangt und vereinnahmt worden und die Versammlungen, denen man sang, betete, vortrug und sich von angeblichen Heilungen du Eddyisten erzählte, sind wohl ohne besondere Zwischenfälle verlaufen. hiesigen Leiterinnen dürften dauernden Einfluß auf eine Vereinigung di Art kaum auszuüben vermögen.

Referent führt des Näheren aus, daß der Scientismus zweifellos man fache Gefahren zeitige. Er hält jedoch in Deutschland die gegenwär Gesetzgebung für ausreichend, um seinen Auswüchsen wirksam entgege treten (Betrug, fahrlässige Tötung und Körperverletzung, grober Unfug, lauterer Wettbewerb). Im übrigen sei das allein Politische, es bei e

Digitized by Google

stets aufmerksamen, verwarnenden Polizeitätigkeit bewenden zu lassen und sich vor Schaffung von Märtyrern zu hüten, die dem Scientismus nur förderlich sein könnte. Er, der so viel unklares berge, werde bei einer derartigen Behandlungsweise, die auch der Meinung maßgebender Stellen entspreche, in Deutschland vielleicht in nicht allzu ferner Zeit bis auf einzelne Reste verschwinden.

In der Diskussion bestätigt Herr Geh. Rat Dr. med. *Günther*-Dresden, daß in Berlin mit dem Gesundbeten ziemlich viel Geld verdient worden sein müsse.

Herr Anstaltsarzt Dr. *Bünger*-Coswig bemerkt, daß in Hannover das Gesundbeten wohl meist als ein „höherer Ulk" betrachtet worden sei.

Herr Landrichter *v. Teubern*-Dresden meint ebenfalls, daß die gesetzlichen Bestimmungen über fahrlässige Körperverletzung und Tötung sich als Handhaben gegen Auswüchse des Scientismus verwenden lassen.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden erklärt, seines Erachtens werde der Scientismus vielleicht vorläufig noch hier und da auch weitere Fortschritte machen, dann aber wohl ganz wesentlich zurückgehen. Die Suggestionstherapie habe gewiß mancherlei für sich, wenn sie von Personen mit wissenschaftlich-medizinischen Kenntnissen angewendet werde. Wenn im Scientismus Heilerfolge zu verzeichnen seien, beruhe dies auch nach seiner Ansicht eben auf ganz natürlichen Gründen und organische Fehler seien nicht zu beheben. In der Hauptsache dürfte das Gesundbeten eine andere Art des Kurpfuschertums bedeuten.

Herr Dr. med. *Weißwange*-Dresden weiß, daß verschiedene Scientisten früher in der Behandlung eines bekannten Kurpfuschers gestanden haben.

Die Frage des Herrn Vortr., ob Personen, die in Verbindung mit dem Scientismus stehen, dadurch geisteskrank werden können, beantwortet Herr Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden dahin: Die Leute, die geheilt werden sollen, unterliegen wohl nur in manchen Fällen einem schädigenden psychischen Einflusse. Was diejenigen betrifft, die heilen wollen, so kann man wohl nicht behaupten, daß sie durch diese Tätigkeit geisteskrank wurden. Es ist aber bemerkenswert, daß psychisch abnorm veranlagte Personen sich mit Vorliebe an derartigen Bewegungen beteiligen; bei diesen mag die in den Sitzungen systematisch hervorgerufene ekstatische Erregung schädlich wirken und gelegentlich den Ausbruch einer Geistesstörung veranlassen. Auch bei manchen religiösen Sekten finden wir dieselbe Erscheinung; psychisch gesunde Personen werden durch die dort gebräuchlichen Formen des Gottesdienstes nicht geisteskrank, wohl aber bemerkt man einen ungünstigen Einfluß derselben auf leicht Schwachsinnige, Paranoische und ähnliche Kranke, die sich derartigen Sekten häufig anschließen zu einer Zeit, in der man noch nicht erkannt hat, daß sie krank sind.

Digitized by Google

73. Sitzung vom 1. Mai 1902.

Vortrag des Herrn Oberamtsrichters Dr. *Weltz*-Dresden über: „Die Errichtung von Testamenten seitens Kranker."

Die Bedeutung testamentarischer Verfügungen liegt in ihren oft dauernden Wirkungen auf die Familie in ethischer und wirtschaftlicher Hinsicht. In vielen, wohl den meisten regelmäßigen Fällen ist Testamentserrichtung nicht erforderlich, oft nicht von nutzen, da das gesetzliche Erbrecht im B.G.B. zweckmäßig geregelt ist.

Nach Ausscheidung der außerordentlichen Testamente bleiben das richterliche und notarielle, sowie das außergerichtliche Privattestament. Letzteres hat Bedenken schon wenn es von Gesunden errichtet wird, von seiner Errichtung seitens Kranker ist um so mehr abzuraten.

Für das notarielle Testament gilt für den vorliegenden Gegenstand das gleiche wie für das richterliche Testament. Dieses wird errichtet dadurch, daß der Erblasser dem Richter entweder seinen letzten Willen mündlich erklärt oder ihm eine Schrift mit der mündlichen Erklärung übergibt, daß die Schrift seinen letzten Willen enthalte. Wer wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung *entmündigt* ist, kann nach dem B.G.B. nicht testieren, der Geisteskranke auch nicht in „lichten Zwischenräumen". Die Unfähigkeit, ein Testament zu errichten, tritt schon mit Stellung des Antrages ein, der zur Entmündigung führt, doch ist ein nach Stellung des Antrages errichtetes Testament gültig, wenn es vor Ablauf der Frist zur Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses errichtet und der Beschluß infolge der Anfechtung aufgehoben wird. Gleiches gilt bei Errichtung von Testamenten nach Stellung des Antrages auf Wiederaufhebung, wenn der Antrag Erfolg hat.

Der Ausschluß Entmündigter von der Möglichkeit zu testieren, kann eine Härte enthalten, wenn der innere Grund der Entmündigung weggefallen ist: dann kann geholfen werden, wenn zunächst der Antrag auf Wiederaufhebung der Entmündigung, dann das Testament aufgenommen wird.

Personen, die nach § 1910 B.G.B. unter Pflegschaft stehen, sind *dadurch* an Testamentserrichtung nicht behindert.

Die Errichtung von Testamenten seitens Blinder erfolgt nur durch mündliche Erklärung, tauben Personen steht jede Testamentsform offen. Stumme und Taubstumme, die zu schreiben und Geschriebenes zu lesen vermögen, können eigenhändige Privattestamente, andere Testamente durch Übergabe einer Schrift errichten; vermögen sie nicht zu schreiben, so können sie überhaupt nicht testieren.

Der Hergang bei Errichtung von gerichtlichen Testamenten besteht in Erklärung oder Übergabe des letzten Willens und Aufnahme und Abschluß des Protokolls darüber; daß der Erblasser bei der Versiegelung des Testaments beteiligt wird, ist zu dessen Gültigkeit nicht erforderlich. Im Protokoll ist die „Geschäftsfähigkeit" des Erblassers festzustellen.

Digitized by Google

Es empfiehlt sich zunächst, die Absicht des Erblassers, ein Testament zu errichten, zu erkunden und Personen, die den Erblasser beeinflussen könnten, zu entfernen oder doch ihren unmittelbaren Einfluß auszuschließen, auch den Grund für die Testamentserrichtung und für auffallende Verfügungen zu erforschen.

Der letzte Wille ist im Protokoll kurz und klar zu fassen; bei Übergabe schriftlicher Testamente ist es ratsam, sie dem Kranken vorzulesen. Im Königreich Sachsen ist die Errichtung von Testamenten — entsprechend der Bedeutung und oft eintretenden Schwierigkeit dieser Amtshandlung — dem Amtsrichter vorbehalten, der sie nur einem Hilfsrichter (Assessor) übertragen darf.

Bei Störungen des Sinnesvermögens des Erblassers ist genau festzustellen, ob und inwiefern sie die Testamentsform beeinflussen können.

Anhalt für die Befähigung Kranker zur Errichtung letzter Willen geben §§ 104 Abs. 2 und 105 B.G.B.

Ersterer hebt die die Geschäftsfähigkeit ausschließenden — chronischen — Zustände krankhafter Störung der Geistestätigkeit, letzterer den — akuten — Zustand von Bewußtlosigkeit und vorübergehender Störung der Geistestätigkeit, die die Willenserklärung zur nichtigen machen, heraus; unter die krankhafte Störung der Geistestätigkeit fallen auch angeborene geistige Abnormitäten.

Die freie Willensbestimmung kann durch Einfluß anderer Personen (z. B. durch Suggestion) ausgeschlossen sein, oft infolge von Krankheit (Paralyse, Hysterie). Dann wird der Richter sich der Aufnahme des Testamentes nicht entziehen, aber Fürsorge treffen, die Beeinflussung, soweit möglich, zu verhindern oder doch festzustellen.

Der Ausschluß der freien Willensbestimmung muß eine Folge krankhafter Störung der Geistestätigkeit sein, und zwar ein Zustand, der auch vorübergehen kann. Zweifel werden sich leicht bei Epileptikern ergeben, dann ist sachverständige Begutachtung angezeigt.

Der Zustand der Bewußtlosigkeit ist ein tatsächlicher, der Beurteilung des Richters unterliegender, seine Veranlassung kann in körperlichen Ursachen, aber auch in krankhafter Störung der Geistestätigkeit sich finden.

Das Bewußtsein muß sich auf den ganzen Inhalt des Testamentes und auf seine dem Laien ohne weiteres erkennbaren Wirkungen, auch auf den Hergang bei Errichtung des Testaments erstrecken.

Vorübergehende Störungen der Geistestätigkeit dürfen den Gang der Testamentsverhandlung nicht unterbrechen; sind sie vorübergegangen, dann muß die Verhandlung von neuem beginnen.

Das Gesetz umfaßt nicht alle Fälle, in denen Krankheit die Testierfähigkeit beeinflußt. Es treten die Fälle hinzu, in denen es zweifelhaft ist, ob der Testierende sich über den Inhalt seiner Erklärung vollständig klar ist, so Mangel geistiger Entwicklung, hochgradige Erregung, übermäßiger Genuß von Alkohol oder Reizmitteln. Bei ihnen liegt oft nicht Krankheit

Digitized by Google

im eigentlichen Sinne vor. Grenzfälle bedürfen sachverständiger Begutachtung. Zuweilen wird die Frage, ob Testierfähigkeit vorliegt, mit Rücksicht auf den Inhalt des letzten Willens zu beantworten sein (relative Geschäftsfähigkeit), so auch bei Schwachsinnigen oder in ihren Geisteskräften Geschwächten. Besondere Schwierigkeiten bietet die Feststellung, ob das Motiv zur Errichtung des Testaments oder einzelner Verfügungen von Geistesstörung beeinflußt ist, wenn sich Anzeichen für eine solche ergeben. Auch hier empfiehlt sich sachverständige Begutachtung.

In allen Fällen der letzteren, in denen ihr Ergebnis in positiver oder negativer Hinsicht mit der Überzeugung des Richters nicht im Einklang ist, muß das Testament unter Erwähnung der Bedenken und womöglich unter Feststellung des Gutachtens im Protokoll aufgenommen werden.

Die Frage ob ein aufgenommenes Testament infolge oder trotz der Krankheit des Erblassers rechtsungültig oder wirksam ist, hat der Prozeßrichter zu entscheiden, dem als Sachverständiger der Psychiater zur Seite steht.

In der Diskussion meint Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein, wenn bei Errichtung von Testamenten gegenwärtig seitens des Richters so genau vorgegangen werde, wie er aus den Ausführungen des Herrn Vortr. entnehme, so müßten die Streitigkeiten nach dem Tode des Erblassers ja jetzt erheblich seltener als in früherer Zeit vorkommen, in der sich zuweilen bedenkliche Vorgänge ereignet hätten. Besonders angemessen finde er auch, daß bejahrte Juristen ohne zweite Richterprüfung Testamente nicht mehr aufnehmen könnten. Unter den bei Testamentserrichtungen in Betracht kommenden Zuständen Geisteskranker sei derjenige der Paralytiker, die sehr leicht zu beeinflussen seien, bei einiger Sachkenntnis leicht zu erkennen, schwerer aber der hypomanische Zustand des zirkulären Irreseins und der Zustand der Paranoiker sowie mäßig Schwachsinniger. Herr *Weber* hält für nötig, zu Testamentserrichtungen, bei denen dem Richter über den Geisteszustand der Testierenden, über den er sich sehr genau unterrichten müsse, Zweifel beigehen, psychiatrische Sachverständige zuzuziehen. Diese sollten sich über den betreffenden Zustand tunlichst nie schon nach einmaliger Begutachtung endgültig äußern. Oft werde bei Testamentserrichtungen die Entfernung von Angehörigen geboten sein, namentlich wo Altersdemenz in Frage komme.

Herr Oberamtsrichter Dr. *Weltz* führt noch aus, daß seine heutige Angabe, 90% der außergerichtlichen Privattestamente hätten den Erfolg nicht erreicht, auf einer von ihm privatim geführten Statistik aus dem Jahre 1900 beruhe. Die Feststellung, inwieweit die betreffenden Mängel auf geistigen Defekt der Testierenden zurückzuführen seien, habe sich damals dadurch erübrigt, daß die fraglichen Testamente schon in der Form ungültig gewesen seien. Vielfach habe der Fehler in der Ortsangabe gelegen, häufig seien Daten weggelassen, konfus nur einzelne Testamente gewesen. Herr *Weltz* weist auf die besondere Schwierigkeit der Prüfung der Geschäftsfähigkeit für den Richter und auf die Notwendigkeit großer Sorgfalt namentlich in diesen

Digitized by Google

Punkte hin. Er halte gleichfalls für sehr zweckmäßig, daß jetzt die Testamente durch bewährte Beamte aufgenommen werden müßten; auch die Gerichtsschreiber erwiesen sich als geeigneter wie früher die Ortsrichter und Gerichtsschöppen. Sachverständige würden bei Testamentserrichtungen allerdings wohl sehr selten zugezogen. Er habe die Aufnahme eines Testaments nie abgelehnt, wenn auch von dessen Errichtung mit Erfolg abgeraten; hätten die Betreffenden darauf bestanden, so würde er ihrem Wunsche entsprochen haben. Bei schwer Erkrankten würde er seine Bedenken schriftlich fixieren.

Herr Amtsrichter Dr. *Kraner*-Dresden rät, die Entscheidung über die Geschäftsfähigkeit der Testierenden dem Prozeßrichter zu überlassen und in Zweifelsfällen den letzten Willen lieber aufzunehmen. Herr *Kraner* erinnert daran, daß Humboldt seinen Kammerdiener zum Universalerben seines Nachlasses mit allen bedeutenden Sammlungen eingesetzt habe. Es sei wohl keiner unter den anwesenden Herren, der Humboldts Testament nicht aufgenommen hätte. Dieses sei übrigens vergeblich angefochten worden.

Herr Dr. *Weber* hält für bedenklich, die Entscheidung der fraglichen Geschäftsfähigkeit dem Prozeßrichter zu überlassen. Seiner Ansicht nach ist der greise Humboldt zur Zeit der Errichtung des Testaments hochwahrscheinlich schwachsinnig gewesen.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden warnt bei Feststellung der Geschäftsfähigkeit der Testierenden noch besonders vor allzu großer Peinlichkeit. Die Zuziehung eines Sachverständigen zur Testamentsaufnahme werde sich wohl nur in den seltensten Fällen benötigen. Die Testamentsaufnahme sei Frage des Taktes und der Lebenserfahrung; sie werde sich auch seiner Meinung nach in der Regel unter Mitaufführung der etwaigen Zweifel empfehlen; die Folgen ihrer Ablehnung seien oft doch von zu erheblicher Tragweite.

74. Sitzung vom 30. Mai 1902.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung.

1. 22jähriger Tapezierer aus Dresden. Als Kind schwächlich und krumme Beine. Früher auch im Schlafe gewandelt. Als er in der Lehre war, verfiel er plötzlich in Bewußtlosigkeit und Starrkrampf. Erstere verlor sich nach eineinhalb Tagen; aber acht Tage Lähmung der rechten Seite und im rechten Arme kein Gefühl. Zuweilen auch später noch Ermüdung des Arms. Nach Wiederaufnahme der Arbeit häufiges Zucken im Gesicht (auch jetzt noch) und an der Stirn, wenn er an etwas dachte. In den letzten Wochen fast völlig arbeits- und verdienstlos. Er war zwar den ganzen Tag auf den Beinen, damit er vielleicht Beschäftigung erhielte, fragte aber wohl nur an einigen Orten und dann vergeblich nach Arbeit. Dort, wo er vielleicht Arbeit bekommen hätte, ging er meistens vorbei. Er wurde immer hoffnungsloser, fand auch keinen Schlaf mehr. Er mußte auch Hunger leiden, der in allerletzter Zeit aber infolge Gewohnheit überwunden wurde. Zu Pfingsten weinte er, weil er keine Arbeit hatte und frohe Menschen sah. Seinen Verwandten

Digitized by Google

wollte er seine Lage nicht mitteilen, weil diese selbst zu sorgen hatten. Schließlich nahm er sich fest vor: „Wenn ich in acht Tagen keine Arbeit habe, nehme ich mir das Leben." Die Trennung von den Verwandten machte ihm den meisten Kummer. Da er keine Beschäftigung erhielt, er hatte noch auf den Zufall gehofft, beging er Selbstmordversuch. Zuvor hatte er auf Kosten eines Kollegen zwei Glas Zuckerbier getrunken, fünf Stunden geschlafen und Notiz an seine Wirtsleute geschrieben, denen er für den rückständigen Mietzins seine Sachen ließ. Er hängte sich im Abort an einen Strick. Die ersten Augenblicke machte er große Angst und Schmerzen durch, als ihm das Blut zu Kopfe stieg. Sein Entschluß blieb aber fest. Dann verließ ihn das Bewußtsein, das er erst in seiner Kammer wiedererlangte: da stand vor ihm ein Gendarm, dem er auf Verlangen den Einwohnermeldeschein aushändigte. Von da bis zum Betreten der Treppe wußte er angeblich nichts von sich. Dann kehrte ihm eine gewisse Vorstellung zurück und auf der Fahrt zur Polizei in Begleitung des Gendarm kam er zur völligen Erkenntnis der Sachlage. Seit vier Tagen im hiesigen Irren- und Siechenhaus. Jetzt hat er etwas Mut bekommen, wenngleich traurige Gedanken und Sorgen wegen der Zukunft ihm noch durch den Kopf gehen. Auf Befragen erklärt er, er sehe ein, daß Selbstmordversuch unrecht sei; er habe ihn nicht bei klarem Geiste verübt, „die Gedanken verloren" gehabt.

Herr Dr. *Ganser* bemerkt noch, es handele sich um einen Menschen, der von Kindheit an eine nervöse Konstitution hatte. Höchstwahrscheinlich bestehe auch hysterische Anlage. Diese Umstände, wie auch daß der Mann der Notlage nicht anders begegnete und sich wegen des langen Hungerns in einem Zustande körperlicher Ermattung befand, fielen als starke Einwände gegen die Annahme ins Gewicht, daß der Selbstmord bei klarem Willen verübt worden sei.

2. Von Kindheit an geistig beschränktes, anscheinend erblich nicht belastetes Dienstmädchen mit den körperlichen Erscheinungen der Hysterie. Starke Labilität der Stimmung. Vielfach Selbstmordgedanken; hierbei bezeichnend, daß die Person sich ziemlich leicht von ihrem Vorhaben abbringen zu lassen scheint und z. B. alsbald nach ihrem letzten Suizidversuche wieder Vergnügungsgedanken hatte. Trotzdem sind ihre Selbstmordgedanken ernste und nicht, wie sonst vielfach bei Hysterischen, läppische Spielereien. Das Motiv ihres Lebensüberdrusses ist starker Kopfschmerz. Dieser rührt wahrscheinlich davon her, daß sie im sechsten Lebensjahre an einen Torriegel stieß. Die Kopfhaut ist empfindlich, der ganze Körper gegen Stiche unempfindlich.

In der Diskussion erinnert Herr Nervenarzt Dr. *Haenel*-Dresden zu Fall 1 an die Untersuchungen *Weygandts*, wonach das Hungergefühl nur in den ersten 24 Stunden empfunden zu werden pflegt. Die Merkfähigkeit wird erhalten, die assoziative Fähigkeit schwerer geschädigt.

Digitized by Google

75. Sitzung vom 28. Juni 1902.

Besichtigung der Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz bei Löbau, der neuesten Staatsirrenanstalt des Königreichs Sachsen.

76. Sitzung vom 9. Oktober 1902.

Herr Landrichter v. *Teubern*-Dresden über: „Erinnerungstreue in der Aussage."

Redner bezeichnet seinen Vortrag in der Einleitung als Referat über die von dem Privatdozenten *William Stern* veröffentlichte Schrift: „Zur Psychologie der Aussage: Experimentelle Untersuchungen über Erinnerungstreue" (Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft Bd. XXII). *Stern* berichtet darin über Versuche, die er mit verschiedenen Personen angestellt hat, um ihre Erinnerungstreue festzustellen, Untersuchungen der angewandten Psychologie, die mit ihren Nutzanwendungen und Schlußfolgerungen für verschiedene andere Gebiete, darunter auch die Psychiatrie und vor allem die Rechtspflege zu verwerten sind. Es handelt sich freilich erst um einen Anfang auf diesem Gebiet; das Material muß noch vervielfältigt werden. *Stern* hat auch schon Nachfolger gefunden; ähnliche Versuche sind z. B. in dem kriminalistischen Seminar in Berlin angestellt worden. Es werden zunächst einige Begriffe erörtert. *Stern* versteht unter Gedächtnis, über dessen Wesen die verschiedensten wissenschaftlichen Erklärungen aufgestellt worden sind, die Tatsache, daß Eindrücke, die irgend einmal der Psyche zugeführt worden sind, in späterer Zeit nachzuwirken vermögen. Das Wesen der Erinnerung, die *Stern* als eine der Gedächtnisfunktionen bezeichnet, ist ihm die bewußte Beziehung einer Gedächtnisvorstellung auf einen bestimmten, an einem Zeitpunkt der Vergangenheit dagewesenen objektiven Tatbestand. Der ideelle Zweck der Erinnerung sei also, eine vergangene Wirklichkeit festzustellen. Nach *Sterns* Meinung wird die Frage, ob die Erinnerung diesen Zweck erfülle, ob ihr Inhalt wirklich die Kopie einer vergangenen Tatsächlichkeit sei, heutigen Tages zu leicht und gern ohne weiteres angenommen. Eines werde allerdings sofort anerkannt, die Lückenhaftigkeit der Kopie; die Tatsache des Vergessens sei zu aufdringlich. Die Erfahrungen wiesen aber auf Erinnerungsfälschungen in anderer Richtung und weiterem Umfange hin. Die herrschende Anschauung bleibe aber dabei stehen, daß das Normale und Natürliche die Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit sei; sie suche daher jede Nichtübereinstimmung mit außergewöhnlichen Gründen zu erklären: vor allem zwei, der bewußten böswilligen oder fahrlässigen Lüge und der pathalogischen Unwahrheit. Diese Unterscheidung genüge nicht. Es sei auch schon anderwärts ausgesprochen worden, daß moralische und medizinische Einwandlosigkeit keine Gewähr für die Richtigkeit der Erinnerungsaussage böten; man habe auch schon die Existenz einer normalen psychologischen Unwahrhaftigkeit vermutet, die bei der Bewertung von Zeugenaussagen in Betracht zu ziehen sei. Einen zwingenden Nachweis und eine Kontrolle der Existenz,

Digitized by Google

des Umfanges, der Beschaffenheit und Ursachen solcher Erinnerungsfälschungen zu erbringen, bezwecken die von *Stern* gemachten und angeregten Versuche. Diese Versuche bestehen darin, daß Erinnerungsaussagen hergestellt werden über Tatbestände, die dauernd fixiert oder fixierbar sind und daher mit der Aussage verglichen werden können. Bei den *Stern*schen Versuchen haben Bilder als Vorgänge gedient. Er benutzte drei gedruckte Schwarzweißbilder, die in Beziehung auf die Fülle, die Deutlichkeit und den inneren Zusammenhang der Einzelheiten verschiedene Schwierigkeiten bieten. Am leichtesten ist das sogenannte Großvaterbild (ein alter Mann sitzt auf einer Bank und reicht einem neben ihm stehenden Knaben aus einer Schüssel Speisen, zu seinen Füßen sitzt eine Katze). Auf dem zweiten Bilde ist eine Hasenfamilie in menschlicher Kleidung dargestellt (das alte Hasenpaar weilt am Kaffeetisch, im Hintergrunde sitzt ein junges Hasenpaar, im Vordergrunde spielen zwei Hasenkinder Ball. An einem Strauch hängen zwei Hüte und ein Stock). Am schwierigsten ist wegen der unorganischen Menge der Objekte das sogenannte Malerbild (es ist dargestellt, wie ein Maler auf dem Umzug begriffen ist; auf einem mit einem Pferd bespannten Wagen ist im bunten Durcheinander verschiedenes Hausgerät geladen, vorn sitzt auf einem Sofa eine Frau, die in der linken Hand eine Lampe, in der rechten Hand eine Figur hält; neben dem Pferde geht der Maler mit Staffelei, Palette und Bildern bepackt).

Als Versuchspersonen dienten *Stern* 25 Herren und 8 Damen, alle den gebildeten Ständen angehörig, Studenten, Hörerinnen an der Universität, Lehrer, Lehrerinnen, eine Schriftstellerin. *Stern* legte jeder Person jedes Bild 3/4 Minute zur Betrachtung vor, nahm es dann weg und ließ es sofort beschreiben (primäre Aussage). Sodann wurden im Laufe der folgenden drei Wochen noch Wiederholungs- (sekundäre) Aussagen gefordert, und zwar vom Großvaterbild je eine sekundäre Aussage am Schluß der dritten Woche nach der Betrachtung, vom Hasenbild je zwei sekundäre Aussagen, eine nach der zweiten und eine nach der dritten Woche, vom Malerbild je drei, eine nach fünf Tagen, eine nach zwei Wochen und eine nach drei Wochen. Außerdem machte *Stern* noch einen sogenannten Beeidigungsversuch, der die Zuverlässigkeit der beeideten Aussage kontrollieren sollte. Er stellte nach einiger Zeit (die bei verschiedenen Personen verschieden bemessen ist) nochmals das Verlangen, eines der Bilder zu beschreiben und in der Niederschrift das zu unterstreichen, was der Betreffende, wenn es sich um eine gerichtliche Aussage handelte, beschwören würde.

Die Beschreibungen der Versuchspersonen zeigen die größten Verschiedenheiten, vor allem auch darin, was sie richtiges und falsches enthalten. Die Fehler zeigen eine große Vielseitigkeit, teilweise Seltsamkeit und gelegentliche Hartnäckigkeit. Redner verweist bei den folgenden Punkten auf zahlreiche Beispiele. Die Fehlerarten teilt *Stern* in drei Klassen: Auslassungen, Zusätze und Umgestaltungen. Die Auslassungen sind statistisch wenig faßbar. Es kommen aber Auslassungen vor, die ganz wesentliche, in

Digitized by Google

die Augen fallende Bestandteile der Bilder betreffen. Die Zusätze verblüffen bisweilen dadurch, daß sie ohne allen Anhalt im Bilde genannt werden. In der Beschreibung des Großvaterbildes z. B. sitzt öfters eine Taube auf dem Dache, in der des Malerbildes hüpft ein Pudel umher, der Wagen soll durch ein enges Tor fahren, wovon nichts zu sehen ist, usw. Bei den Umgestaltungen lassen sich Metamorphosen, Quantitätsänderungen und Konstellationsfehler unterscheiden. Bei den ersteren werden vorhandene Gegenstände der Bilder in den Beschreibungen durch andere ersetzt. Aus den Schränken und dem Klavier auf dem Wagen des Malers werden ein zweites Sofa, Matratzen, Bettladen, Kisten. Beim Großvaterbild wird aus der Katze einmal eine Taube und einmal ein Dachshund. Einmal werden die Hasen sämtlich in Katzen verwandelt. Sehr häufig sind Quantitätsänderungen. Gegenstände, die nur einmal vorhanden sind, erscheinen im Plural. Hierzu gehören auch Gradsteigerungen, z. B. aus den zwei Bäumen auf dem Hasenbilde wird ein Birkenwäldchen und ein Wald. Bei den Konstellationsfehlern werden die Einzelobjekte richtig genannt, aber ihre Beziehung zueinander und vor allem die räumliche Anordnung wird falsch wiedergegeben.

Um nun weiter eine Fehlerstatistik herzustellen, hat *Stern* das Material in folgender Weise verarbeitet. Er hat sich Listen angelegt, die alle auf den Bildern enthaltenen Einzelheiten nennen. Er hat dann jede Aussage (Beschreibung eines Bildes) möglichst in ihre Elemente zerlegt und für jede Aussage alles richtig Genannte in den betreffenden Reihen der Listen mit einem + Zeichen, alles Falsche mit einem — Zeichen eingetragen. Durch Addition ergab sich so für jede Aussage die Summe aller genannten Elemente, also der Umfang der Erinnerung, andrerseits die Summe der gemachten Fehler; der Quotient beider Zahlen ergab den Prozentsatz der Fehlerhaftigkeit. Enthält z. B. eine Aussage 50 Einzelangaben und darunter drei falsche, so waren $\frac{3}{50} = 6\,\%$ der Aussage falsch. Nun sind allerdings die Elemente in den Bildern und dementsprechend in den Aussagen nicht gleichwertig. Um den Unterschied einigermaßen auszugleichen, hat *Stern* die wichtigsten Bestandteile der Bilder doppelt gezählt und sie als doppelt richtig berechnet, wenn sie in der Aussage korrekt, als doppelten Fehler gezählt, wenn sie falsch genannt worden waren. Es ergibt sich schon hieraus, daß eine psychologische Fehlerstatistik keine der Willkür entzogene Darstellung exakter und eindeutiger Zahlengrößen bedeutet. Sie können nur über gewisse quantitative Verhältnisse einige grobe Aufschlüsse geben.

Stern hat in der angegebenen Weise zunächst 282 Aussagen untersucht, die 10913 Einzelangaben enthielten. Von diesen Angaben waren 919 falsch; auf jede Aussage kommen durchschnittlich 38,7 Einzelangaben mit 3,26 Fehlern, d. h. $8\frac{1}{2}\,\%$ sämtlicher Angaben sind falsch. Bei den primären Aussagen sind 5,8 %, bei den sekundären 10 % falsche Angaben gemacht worden. Mit anderen Worten: Unmittelbar nach der Betrachtung ist unter je 17, bei späterer Erinnerung unter je 10 Einzelangaben eine falsch. Die verschiedene Schwierigkeit der Bilder äußert sich schon in der Fehlerzahl der primären

Digitized by Google

Aussage. Beim Malerbild wurden durchschnittlich 7,1%, beim Hasenbild 5,8%, beim Großvater 4,4% Irrtümer begangen. Bei den sekundären Aussagen nimmt mit der größeren Zeitdistanz die Fehlerhaftigkeit zu und zwar bei 5 Tagen um 1,5%, bei 14 Tagen um 4,3%, bei 21 Tagen um 6%. Zum Glück lehrt die Erfahrung, daß bei größeren Zeiträumen der Verfälschungsprozeß ein langsameres Tempo haben muß. Es wird weiter zahlenmäßig bewiesen, daß jede Zwischenwiederholung das Erinnerungsbild sehr befestigt. Sehr groß sind die individuellen Unterschiede. Von den 282 Aussagen sind ohne Fehler 17, darunter 15 primäre. Von den sekundären, also wirklichen Erinnerungsaussagen sind nur 2 = 1% fehlerlos. Dagegen sind darunter 20 (also jede 9.), in denen mehr als 1/6 aller Angaben falsch sind. Interessant ist auch der Unterschied der Geschlechter. Ein Vergleich der Aussagen ergibt, daß die Frauen weniger vergessen als die Männer, aber mehr verfälschen. Die Vergeßlichkeit der Frauen zu der der Männer verhält sich wie 2 : 3, die Unzuverlässigkeit ihrer Aussage zu der der Männer wie 4 : 3.

Besonders hat *Stern* noch 63 sog. beeidigte Aussagen geprüft, die von 17 Herren und 6 Damen stammten. Es waren 11% einer beeidigten Aussage falsch. Die Zahlen ergeben aber doch, daß durch den Eid eine Aufbesserung der Aussage stattfindet, denn der unbeeidigte Teil der Aussage enthält prozentuell fast doppelt so viel Fehler, wie der beschworene Teil. Auch hier zeigt sich wieder der Unterschied zwischen Frauen und Männern. Die Männer haben 71%, die Frauen 85% ihrer Aussagen beeidet (d. h. durch Unterstreichen als von ihnen beschwörbar bezeichnet) und dabei ist bei den Frauen der beschworene Teil der Aussage kaum weniger fehlerhaft als der unbeschworene. Es ergibt sich, daß der beeidigte Teil einer Männeraussage 2,1, der einer Frauenaussage 4,8 falsche Angaben enthält.

Die Fülle und die verschiedenen Arten der Fehler gibt *Stern* Veranlassung zu einer psychologischen Analyse, wie überhaupt Auffassung und Erinnerung funktioniert, um die Fehlerquellen zu entdecken. Es sind zu unterscheiden Auffassungsfehler und Erinnerungsfehler. Daß bereits 6% der Fehler in den primären Aussagen vorhanden sind, läßt schließen, daß sie schon bei der Wahrnehmung entstanden sind. Irrtümer bei der Auffassung sind auf objektive und subjektive Gründe zurückzuführen. Erstere liegen vor, wenn der Sinneseindruck selbst besonders undeutlich, lückenhaft oder kurzdauernd ist. Die Psyche ergänzt dann einfach eigenmächtig. Subjektive Gründe für Auffassungsfehler sind Momente wie Wunsch, Hoffnung, Erwartung, Furcht, ferner schlechte Beobachtungsgabe und mangelhafte Aufmerksamkeit. Schwieriger ist die Erforschung der eigentlichen Erinnerungsfehler, die bei den vorliegenden Versuchen als solche dann erkannt werden, wenn sie erst in den sekundären Aussagen derselben Versuchsperson auftreten. *Stern* meint: Die meisten Menschen bewahren keine wirklichen Erinnerungsbilder im Gedächtnisse auf, sondern nur dürftige Surrogate davon. Die Lückenhaftigkeit und Unklarheit der Erinnerung gibt der Psyche den Anreiz zu eigener Ergänzung und Deutungstätigkeit, woraus ein Ganzes mit

Digitized by Google

vielen Fehlern entstehen kann. Besonders wichtig sind hier Wortbezeichnungen, die im Gedächtnis geblieben sind. Sie sind oft Erinnerungsgehilfen, sind aber auch als Fehlerquellen von Bedeutung. Die Erinnerung beruht in gewissem Umfange auf einem willkürlichen Indizienverfahren, wozu die Erinnerungssurrogate, optische Reste, Worte, abstrakte Urteile, die Unterlage bilden. Weitere Quellen von Erinnerungsfehlern sind noch die Phantasie und die Expansionskraft der Vorstellungen: was im Gedächtnis zurückbleibt, erscheint in der späteren Vorstellung häufig viel größer und bedeutender als es ist. Die einzelnen Fehlerquellen werden vom Redner durch Beispiele aus den Versuchsaussagen erläutert.

Wenn man die *Stern*schen Versuche zu den im wirklichen Leben vorkommenden Aussagen in Vergleich bringen will, so hat man sich gegenwärtig zu halten, daß die Versuche nicht als eigentliche und einfache Nachahmungen der wirklichen Zeugenaussagen betrachtet werden können. Die Unterschiede enthalten teils günstigere Bedingungen für das Experiment als die Wirklichkeit, teils ungünstigere. Zu ersteren rechnet *Stern* die Qualität seiner Versuchspersonen mit guter Bildung, geschulter Beobachtungsgabe, ferner ihre vorhandene Aufmerksamkeit bei der Beobachtung, ferner die ruhige Beobachtungsmöglichkeit, ferner wurden die Aussagen durch keine Affekte beeinflußt, ferner fielen suggestive Einwirkungen fort, da die Versuchspersonen nicht über die Gegenstände mit einander sprechen sollten und keine Fragen gestellt wurden, und endlich wurde das Erinnerungsbild durch eine sofortige Niederschrift befestigt.

Die für das Experiment ungünstigen Bedinguugen liegen darin, daß das Experiment immer eine Fiktion bleibt, die nie ganz die eindringliche Wucht des realen Lebens hat. Sodann fehlt den Bildern die Unterstützung durch Nebenelemente, wie sie namentlich in der Form von Bewegungen und begleitenden Geräuschen zu den optischen Eindrücken der Wirklichkeit meist hinzutreten; und dann haben die realen Vorgänge teilweise eine logisch notwendige Verknüpfung, welche die Erinnerung erleichtert. Diese Momente sind sehr wesentlich. Gerade Formen und Farben pflegen sich dem Durchschnittsgedächtnis schwer einzuprägen, namentlich für bloß optische Eindrücke haben die wenigsten ein gutes Gedächtnis. Es ist schwer abzuschätzen, ob die das Experiment begünstigenden Bedingungen oder die gegenteiligen überwiegen. Nach Ansicht des Redners ist es nicht ohne weiteres zweifellos, daß, wie *Stern* meint, die günstigen Vorbedingungen des Experiments überwiegen und daß die Verhältnisse der Wirklichkeit noch schlechtere Resultate liefern würden.

Hiernach ist das Ergebnis der Versuche zu beurteilen, das *Stern* dahin zusammenfaßt: Außer den beiden bisher vorwiegend beachteten Sphären der unwahren Aussage — der schuldhaften (Lüge und Fahrlässigkeit) und der pathologischen Störung — gibt es ein breites Gebiet der psychologischen Erinnerungsfehler. Ein bestimmter Grad von Fehlerhaftigkeit ist von vornherein als normales Merkmal auch der unbeeinflußten Durchschnittserinnerung

Digitized by Google

zuzuschreiben. Die fehlerlose Aussage ist die Ausnahme; selbst der Eid ist kein Schutz gegen Erinnerungstäuschungen.

An dieses Resultat, den Nachweis einer großen Fehlerhaftigkeit der Aussage, knüpft *Stern* die beiden Fragen, ob eine Besserung des konstatierten Mangels möglich sei und ob dadurch die Würdigung und Behandlung der Erinnerungsaussagen beeinflußt werde. Eine Besserung der Erinnerungstreue sieht *Stern* für möglich an durch entsprechende Erziehung und Schulung des Willens. Er führt aus, daß Gedächtnisfunktion und Wille nicht außer Zusammenhang stehen. Die Verschiedenheiten des Gedächtnisses beruhten zwar in der Hauptsache auf natürlicher Veranlagung; aber die Eigenschaft der Erinnerungstreue, ob die Erinnerungsbilder viel Fehler enthalten, sei nicht unabhängig vom Willen. Das Deuten, Ergänzen, Steigern, Objektivieren subjektiver Phantasiebilder, alles dies seien zwar nicht reflektionsmäßige, überlegte Wahlhandlungen, immerhin aber Willenshandlungen, Betätigungen der Seele. Ein Teil der bei den Versuchen konstatierten Fehler beruhe auf solcher Unzulänglichkeit der Willensveranlagung; es seien Zeichen einer nicht genügend ausgebildeten Selbstkontrolle. Bei dem Willensursprung vieler Erinnerungsfehler müsse eine Besserung möglich sein durch Anerziehung einer größeren Gewissenhaftigkeit und Selbstzucht. *Stern* weist diese Aufgabe schon der Schule zu und denkt als Seitenstück zum Anschauungsunterricht an eine Art von Erinnerungsunterricht.

Bezüglich der zweiten Frage, die er wegen der Behandlung und Würdigung der Erinnerungsaussage stellt, zieht *Stern* Folgerungen für die Pädagogik, die wissenschaftliche Quellenforschung, die Psychiatrie und vor allem die Rechtspflege.

Der Psychiater, meint er, werde die Grenzen zwischen normalen Erinnerungstäuschungen einerseits, pathologischen Gedächtnisstörungen und pathologischen Lügen andererseits ein wenig hinausrücken müssen.

Ferner stellt *Stern* fünf juristische Probleme auf. Bevor Redner hierauf eingeht, führt er folgendes aus.

Die Ergebnisse der *Stern*schen Versuche können dem allgemeinen Eindruck nach geeignet sein, eine Art pessimistische Stimmung zu erwecken, besonders bei den Juristen. Es ist darum zu prüfen, inwieweit *Stern* eine neue Erkenntnis gebracht hat. Daß bei der Bewertung von Zeugenaussagen eine Fülle von Material zu berücksichtigen ist, ist nichts Neues. Abgesehen davon, ob es sich um bewußte Unwahrheit oder um Parteilichkeit, Befangenheit handelt, kann die objektive Unrichtigkeit der Aussage durch viele andere Momente verursacht werden. Wenn uns ein Geschehnis der Vergangenheit durch eine Aussage bekundet wird, so kann man diesen Vorgang in drei Akte teilen, die Wahrnehmung des Ereignisses durch die Person, die Bewahrung im Gedächtnis und die Bekundung. Bei der Wahrnehmung und Bekundung können die verschiedenen persönlichen Verhältnisse von Einfluß sein, Lebensalter, Geschlecht, Stand, Bildung, Erfahrung, Kenntnisse, überhaupt die körperlichen und geistigen Fähigkeiten einer Person, ferner

Digitized by Google

auch jeweilige Gemütsverfassungen und Stimmungen, die verschiedensten Affekte, Vorurteile und Phantasievorstellungen und vor allem auch der Grad der geistigen Anteilnahme, der Aufmerksamkeit. Und dies alles bei gesunden Sinnen und sonstiger Intaktheit der Person. Es können aber Wahrnehmung und Bekundung auch ferner beeinträchtigt werden durch Sinnestäuschungen, Illusionen, Suggestionen und die verschiedensten psychischen und physischen Zustände, die vom bloß anormalen bis zur Krankheit variieren.

Ebensowenig neu ist der Hinweis, daß das Gedächtnis keineswegs verläßlich ist. Es ist auch bekannt, daß es bei verschiedenen Menschen ganz verschieden entwickelt ist und manchmal in bestimmter Richtung auch sehr absonderlich.

Zum Glück liegen nun die Verhältnisse in der Praxis der gerichtlichen Zeugenaussage sehr häufig derart, daß solche Mängel der Erinnerung erkannt und auch beseitigt werden können. Redner verweist des weiteren auf die gegenseitige Ergänzung mehrerer Aussagen, auf ihre Prüfung an einem dauernden Erfolg, der etwa vorhanden ist, an die Erweckung der Erinnerung durch lokale Beziehungen, an den Vergleich der Aussagen mit anderen Beweisergebnissen, an das Fragen und Leiten des Vernehmenden; durch alles dies unterscheiden sich die wirklichen Zeugenaussagen zugunsten von den Versuchsaussagen.

Redner läßt sich nunmehr noch auf die von *Stern* als Folgerungen seiner Versuche für die Rechtspflege aufgeworfenen Fragen ein, nämlich: 1. Wird bei der Bewertung der Zeugenaussagen nicht weit größere Vorsicht erforderlich sein? 2. Wird nicht die Forderung berechtigt sein, bei besonders entscheidenden Zeugen unter Umständen den charakteristischen Grad ihrer Erinnerung psychologisch feststellen zu lassen, eventuell durch einen Sachverständigen? 3. Wird nicht bei Meineids- und Falscheidsbeschuldigungen mehr als bisher unverschuldete, normale Erinnerungstäuschung in Betracht gezogen werden müssen? 4. Wird nicht die Möglichkeit der Falscheide dadurch erhöht, daß der heutige Vereidigungsmodus eine Trennung zwischen beschwörbaren und unbeschwörbaren Elementen der Aussage nicht zulasse. (Letztere Annahme ist tatsächlich nicht vorhanden.) 5. Liegt nicht in dem heute üblichen Zwischenraum zwischen der Wahrnehmung des Vorganges und der Aussage ein Steigerungsfaktor für die Fehlerhaftigkeit der Erinnerung?

Die von *Stern* in diesen Schlußfolgerungen erhobenen Bedenken werden vom Redner teils nicht geteilt, teils berichtigt und gemildert.

Zum Schluß hebt Redner nochmals hervor, daß die *Stern*schen Resultate nicht Befürchtungen zu erwecken brauchen, einerseits, es werde dadurch zum Schaden der Rechtspflege das häufigste Beweismittel, die Zeugenaussage, wertlos gemacht, und andererseits, es dürfe sich niemand mehr getrauen, als Zeuge etwas mit Bestimmtheit zu behaupten. Das Verdienst der *Stern*schen Ausführungen und ähnlicher Versuche liegt bis jetzt darin, daß sie eindringlich in Erinnerung bringen, daß die Bewertung der Erinnerungsaussage sorgfältig erfolgen muß und unter Umständen keine leichte Auf-

Digitized by Google

gabe ist. Als Hilfsmittel hierzu wird, wie auch der Strafrechtslehrer *v. Liszt* meint, eine psychologische Ausbildung von Wert sein.

In der folgenden Diskussion hält Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden Untersuchungen der hier fraglichen Art für sehr wertvoll für die Praxis. Als besonders wünschenswert bezeichnet er es, wenn diese klinischen Versuche auch im kontradiktorischen Verfahren Ergänzung finden würden, durch Gegenüberstellung, Vorhalte u. dgl.

Auch Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden hält dafür, daß die besprochenen Untersuchungen den Gegenstand erst eröffnen. Bisher handle es sich ja nur um die Erinnerungstreue auf einem Sinnesgebiete. Man sollte beispielsweise der optischen und akustischen Wahrnehmung gedenken. Optische Erinnerungsbilder verblaßten bei manchen ganz normalen Menschen sehr bald, während dies bei denselben Menschen auf akustischem Gebiete nicht der Fall sei. Nähere Beschäftigung mit dem hier fraglichen Gebiete werde zu noch weit größerer Vorsicht veranlassen. Wir alle füllen, ohne uns dessen bewußt zu werden, wenn man uns nicht besonders darauf hinweist, unser Gesichtsfeld durch Bilder aus, die uns die Phantasie gibt.

Herr Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden bemerkt, daß die Farbenwahrnehmung bei den einzelnen ganz verschieden sei. Viele könnten die Farben überhaupt nicht unterscheiden. Auch die Unterscheidung der Konturen komme hier in Betracht. Bei Würdigung der betreffenden Wahrnehmungen müsse auf das Interesse und die Übung der Wahrnehmenden Gewicht gelegt werden. Sehr wichtig sei auch, wer frage. Herr *Stegmann* erinnert nochmals an die betreffenden Versuche im Berliner Seminar (z. B. Revolverversuch). Nötig sei, daß die Befragung derjenige leite, der den Versuchen nicht angewohnt habe; sonst neue Fehlerquelle, da derjenige, der bei den Versuchen dabei war, ein anderes Interesse habe als der, welcher abwesend war.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Weingart*-Bautzen hält die *Sternschen* Ausführungen für geeignet, auf die Gefahren hinzuweisen, die durch Zeugenaussagen entstehen; zu veranlassen, alles zu tun, was die Erinnerung wachrufen kann (der Untersuchungsrichter soll z. B. an den Tatort gehen und den Zeugen dort fragen), und zur besonders genauen Kritik darüber anzuregen, was dem Zeugen zu glauben ist (dieser kann sich geirrt haben; oft ist Unfähigkeit der Erinnerung vorhanden).

Herr Dr. *Becker* weist noch auf die Wichtigkeit der Statistik auf diesem Gebiete hin.

Herr Staatsanwalt Dr. *Böhme*-Dresden macht auf die Fehlerquelle aufmerksam, daß manche Leute einen schönen Stil schreiben wollen und vielleicht mündlich etwas anderes gesagt hätten. Auch hieraus ergebe sich der Nutzen des kontradiktorischen Verfahrens.

Herr Nervenarzt Dr. *Haenel*-Dresden: Das Erinnerungsvermögen sei sehr abhängig von dem Inhalte, auf den es sich beziehe. Er weist auf die

Digitized by Google

hierher gehörigen Untersuchungen *Diehls* hin. In einem Punkte wichen die *Stern*schen von den *Diehl*schen Untersuchungen wesentlich ab, nämlich die Zeit schwäche nach diesen die Erinnerung nicht so bedeutend, wenn einmal eine gewisse Zeit verstrichen sei; es gehe nicht so prozentual weiter. *Diehls* praktische Folgerung gehe dahin, daß dann, wenn der Zeuge in einer späteren Aussage sich selbst widerspreche, nicht ohne weiteres anzunehmen sei, daß die letzte Aussage die unzuverlässigere sei. Herr *Haenel* erinnert auch noch an hierher gehörige Untersuchungen *Kraepelins*.

77. Sitzung vom 27. November 1902.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung.

1. Junger Ehemann, bei dem durch Heredität (Vater Trinker und gewalttätig) und schwere Kopfverletzung neuropathische Disposition geschaffen worden ist. Zeitweilige Gedächtnistrübungen; sonst sind krankhafte psychische Zustände nicht bei ihm aufgetreten. Namentlich unter dem Einflusse materieller Sorge kam aber die verminderte Resistenzfähigkeit zutage und durch Alkoholgenuß wurde ein traumartiger Dämmerzustand wohl hysterischer Natur gezeitigt, in dem der Mann eines Vormittags zwei Kinder tötete und, sich schwer verletzend, einen Selbstmordversuch verübte. Etwa sechs Monate vor der Tat erfuhr er, daß seine Frau ein sechsjähriges uneheliches Kind hatte; das führte zu Streitigkeiten. Gegen zwei Wochen vor der Tat kam die Frau nieder, da war er infolge einer Verbrennung gerade einige Wochen krank. Schon während des letzten halben Jahres konnte er zwei bis drei Glas Bier nicht mehr recht vertragen; nach Angabe seiner Frau war er überhaupt selten betrunken und dann nie aufgeregt. Für die Vorgänge seit seiner nächtlichen Heimkehr vor der Tat bis zu seinem Erwachen im Krankenhaus am übernächsten Vormittag fehlt ihm die Erinnerung. Auf die Frau machte er nach jener Heimkehr einen betrunkenen Eindruck; er war aber ruhig und erschien schwermütig, schlief schlechter als sonst. Von den gerichtsärztlichen Feststellungen (er kam aus dem Krankenhaus in Untersuchungshaft) sind Geruchs- und Geschmackslähmung sowie Aufhebung der Schmerzimpfindlichkeit zu erwähnen. Die mit ihm heute vorgenommene Befragung ergibt, daß er jetzt klar ist, aber eine immerhin auffallende Gleichgültigkeit an den Tag legt. Hysterische Erscheinungen bestehen nicht mehr; solche treten übrigens mit Vorliebe unter der Giftwirkung des Alkohols auf. Der Zustand ist nach Ansicht des Herrn *Ganser* als Bewußtlosigkeit im Sinne von § 51 des Reichsstrafgesetzbuchs aufzufassen; eine dauernde Zurückhaltung des Mannes in einer Anstalt hat aber nicht stattzufinden.

2. Chronisch Verrückter, aus dessen Vorleben schwache Befähigung und schwere Kopfverletzung im dritten Lebensjahre hervorzuheben sind. Die Geisteskrankheit begann vor sieben Jahren; er wähnte sich von Geheimpolizisten und Spionen verfolgt, worauf bald seine Unterbringung in eine Wiener Irrenanstalt erfolgte. Dort fühlte er sich weiter gequält; es sollte

Digitized by Google

ihm Feuer ins Auge geblasen werden. Einige Jahre später kam er nach Dresden, wo er als Ausländer geimpft werden sollte; da wurde ein Revolver bei ihm gefunden und er ins hiesige Siechenhaus aufgenommen. Der Aufenthalt dauerte hier nicht lange. Seit 1902 war er wieder in Dresden: über diese Zeit äußert er: „Die gemeinsten Sachen sind hier vorgekommen. Was ich zu Hause gesagt hatte, hörte ich im Geschäft wieder. Es wurde mir oft etwas vor die Nase gehalten, wodurch ich gleich verwirrt wurde." Eines Tages suchte er eine Wirtschaft auf, fühlte sich — durch eine Geruchstäuschung — belästigt und meinte, daß ein Mann am Nebentisch daran schuld sei: er griff nach seinem Revolver und schoß den Mann sofort nieder. — Er hat die Tat unter dem Einflusse einer Sinnestäuschung begangen.

78. Sitzung vom 8. Januar und 79. Sitzung vom 29. Januar 1903.

Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein über: „Ein interessanter Entmündigungsfall" zu vgl. 81. Sitzung vom 23. April 1903.

80. Sitzung vom 12. März 1903.

Herr Nervenarzt Dr. *Haenel*-Dresden referiert über das Werk Prof. Dr. *G. Aschaffenburgs*-Halle a. S.: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Kriminalpsychologie für Mediziner, Juristen und Soziologen, ein Beitrag zur Reform der Strafgesetzgebung (Heidelberg 1903, Karl Winter).

Das Buch von Prof. *Aschaffenburg* behandelt in seinem ersten Teile die Ursachenlehre des Verbrechens, die erörtert sein muß, ehe man an eine Bekämpfung desselben gehen kann. Unter den Ursachen sind zwei große Gruppen zu unterscheiden: die sozialen und die individuellen Verhältnisse. Bei den ersteren sind von Bedeutung die Jahreszeit, die Rasse und Religion, die geographische Lage, der Beruf, sehr wichtig der Alkoholismus, die wirtschaftliche Lage. Bei den individuellen Ursachen spielt die Abstammung, Erziehung, Bildung, das Lebensalter, Geschlecht, die körperlichen und geistigen Eigenschaften, die Geistesstörungen eine Rolle. Unter gleichmäßiger Berücksichtigung aller dieser Faktoren kommt Verf. zu dem Satze, daß jedes Verbrechen das Produkt aus Veranlagung und Erziehung einerseits und den sozialen Verhältnissen andrerseits ist.

Die Kriminalstatistik der letzten Jahrzehnte zeigt, daß ein Rückgang der kriminellen Neigungen nicht nachzuweisen ist: die Zahl der Vorbestraften, der jugendlichen Verbrecher ist im Zunehmen, die allgemeine Rechtsunsicherheit eine weitgehende. Die Strafe in ihrer heutigen Form hat sich also als Gegenmittel gegen Rückfall nicht bewährt.

Eine wirksame Vorbeugung gegen das Verbrechen wird in erster Linie den Kampf gegen den Alkoholismus und gegen die wirtschaftlichen Mißstände im Auge zu behalten haben.

Digitized by Google

An Stelle der Sühnetheorie, die nach jeder Richtung unbefriedigt läßt, ist als leitendes Prinzip der Schutz der Gesellschaft zu setzen, der durch Abschreckung, Besserung und Unschädlichmachung der verbrecherischen Elemente zu erstreben ist.

Die Strafe soll als General- und Spezialprävention wirken. Die Verbesserungsvorschläge, die sich besonders in der Richtung der bedingten Verurteilung, Schadloshaltung, Strafaufschub, bedingte Entlassung bewegen, laufen auf eine Abschaffung des Strafmaßes überhaupt hinaus.

Dies ist nur bei einer völligen Reorganisation des Strafvollzugs zu erreichen, indem der Strafvollzugsbeamte mit zum Teil richterlicher Gewalt ausgestattet und psychologisch besser vorgebildet wird. Das Prinzip muß stets bleiben: Anpassung der Repressivmaßregeln des Staates an die Individualität des Verbrechers. Die ersten Schritte auf diesem Wege sind in Norwegen, in der Schweiz, auch in Deutschland (durch die Einführung der bedingten Begnadigung) schon getan.

Diskussion: Herr Amtsrichter Dr. *Herrmann*-Dresden bemerkt, daß mit der von *Aschaffenburg* unternommenen Verwertung des statistischen Materials der praktische Jurist sich nicht allenthalben einverstanden erklären könne. Bei den Israeliten sei statistisch die Zahl der Alkoholdelikte gering, aber speziell die der Betrugsfälle auffällig hoch. Unzutreffenderweise bestreite *Aschaffenburg* den Einfluß des Alkohols auf Diebstahl (vgl. namentlich Gelegenheitsdiebstähle). Wichtiger noch als *Aschaffenburgs* Forderung bezüglich der Kasernierung der Prostitution sei die Notwendigkeit der Änderung des § 180 R.St.G.B. Die Zahl der Verbrechen habe nach Angabe *A.*s von 1882 bis 1899 auffallend zugenommen; hierbei sei aber zu berücksichtigen, daß auch die Zahl der Strafbestimmungen gewachsen sei. Bei Wucher- und Meineidsdelikten sei sogar eher von einer Verbesserung zu sprechen. Diebstahl von Verheirateten komme mehr in Betracht als solcher von Ledigen. Die Vorschläge *A.*s zum Kampfe gegen das Verbrechen seien nicht neu; aber die Erfolge dieser Vorschläge lassen sich noch nicht berechnen. Die von *A.* empfohlene bedingte Verurteilung wird auch von Herrn *Herrmann* warm befürwortet, die kurzzeitige Freiheitstrafe werde wohl nicht ganz aufgegeben werden können (a. M. *v. Liszt*). Die Todestrafe sei bei uns nicht zu entbehren; diese Frage richte sich nach der Eigenart der Völker. Von der Strafe der Deportation scheine Frankreich wieder abzukommen. Die Prügelstrafe, deren Einführung bei uns aussichtslos zu sein scheine, wäre in einzelnen Fällen vielleicht empfehlenswert. Die Geldstrafe bedürfe der Ausdehnung. Von der vorläufigen Entlassung werde relativ nicht selten Gebrauch gemacht. Vorsicht sei bezüglich der Schadloshaltung im Strafprozesse geboten, der nicht allzusehr mit zivilistischen Fragen beschwert werden dürfe. Die Anforderung an Richter, sich in Gefangenanstalten zu bilden, sei nicht neu; z. B. in Baden nach dem zweiten Staatsexamen; Preußen habe einmal bei den anderen Bundesstaaten darüber Umfrage gehalten. Herr *Herrmann* hält eine der-

Digitized by Google

artige Ausbildung für recht zweckmäßig, wenn sie auch nicht zu lange Zeit beanspruchen möchte. Er befürwortet endlich die Heraufsetzung des Strafmündigkeitsalters auf das 14. Lebensjahr.

Herr Landrichter *Döhn*-Dresden: Merkwürdig sei, daß *Aschaffenburg* die Übertretungen nicht berücksichtigt habe, insbesondere Bettler und Landstreicher, die doch vielfach psychopathisch seien. Interessant sei, daß *A.* die Zweckstrafe gegenüber der Vergeltungsstrafe vertrete. Mit dem Sühnegedanken müsse gebrochen und mit dem Standpunkte der Zweckmäßigkeit gerechnet werden. Transzendentale Erwägungen hätten hier völlig zu weichen. Das R.St.G.B. habe Anläufe dazu unternommen, z. B. in der vorläufigen Entlassung. Eine Vereinigung der verschiedenen Theorien ist nach Herrn *Döhns* Ansicht unmöglich.

Herr Landrichter *v. Teubern*-Dresden: Bei uns erfolge der Strafvollzug in drei Disziplinarabteilungen mit der Möglichkeit des Aufrückens je nach Führung; Besserungsbestrebungen würden also auch hier unterstützt. Andrerseits könne nicht gesagt werden, daß in unseren Strafanstalten humanitären Rücksichten zu sehr Rechnung getragen werde.

Herr Anstaltsarzt Dr. *Kötscher*-Hubertusburg meint, daß bei *Aschaffenburg* die endogene Ursache der Straftat zu wenig berücksichtigt werde gegenüber der exogenen, und daß die Einwirkung des Sozialen auf das Individuum zu einseitig betont sei. Wichtig sei die Frage der Pubertätsdelikte.

Sechste Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 6. August 1903 im städtischen Krankenhause zu Altona.

Anwesend die Herren: *Adler*-Schleswig, *Buchholz*-Hamburg, *Brückner*-Friedrichsberg, *Brugsch*-Altona, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Cimbal*-Altona, *Clemenz*-Schönwalde, *Dabelstein*-Neustadt, *Delbrück*-Bremen, *Draesecke*-Hamburg, *Dresen*-Schwerin, *von Grabe*-Hamburg-Friedrichsberg, *Halbey*-Schleswig, *Hasche-Klünder*-Hamburg, *Henkel*-Kiel, *Henop*-Altona, *Jaspersen*-Preetz, *Kalmus*-Hamburg, *Lange*-Altona, *Lienau*-Hamburg, *Lomer*-Neustadt, *Matusch*-Sachsenberg, *Nonne*-Hamburg, *Ochsen*-Altona, *Ofterdinger*-Rellingen, *Raecke*-Kiel, *Reye*-Hamburg-Friedrichsberg, *Riedel*-Lübeck, *Schröder*-Altona, *Sierau*-Hamburg-Friedrichsberg, *Siemerling*-Kiel, *Umber*-Altona, *Wallichs*-Altona.

Entschuldigt hatte sich: *Wattenberg*-Lübeck.

Geheimrat *Wallichs* eröffnet die Sitzung mit einer Begrüßung der Anwesenden.

Zum Vorsitzenden wird Professor *Umber*-Altona, zu Schriftführern werden *Schröder*- und *Cimbal*-Altona gewählt.

Digitized by Google

Zum Ort der nächsten Versammlung wird Bremen gewählt, über den geeignetsten Zeitpunkt entspinnt sich eine längere Debatte; darauf wird die Bestimmung des Termins *Delbrück*-Bremen anheimgestellt. Zum Schluß des geschäftlichen Teils erstattete *Wallichs*-Altona den Kassenbericht.

I. Geheimrat *Siemerling*-Kiel: Über Menstruationspsychosen und ihre forensische Bedeutung.

Vortr. weist zunächst auf den unverkennbaren Einfluß hin, welchen das sexuelle Leben auf die Gesundheit und das Seelenleben des Weibes ausübt. Daß die Menstruation im engen Zusammenhange mit psychischen Störungen steht, haben schon ältere Schriftsteller hervorgehoben. *Esquirol, Schlager, Krieger, Griesinger, Schüle* u. a. *Krafft-Ebing* hat schon 1878 gute Beobachtungen veröffentlicht. Er stellt die Menstruationspsychosen als einen Zustand abnormer Erregbarkeit des Zentralnervensystems hin, als eine Art Reflexpsychose. Dann ist in der Dissertation von *Ellen-Powers* eine große Anzahl von Fällen zusammengetragen, die Anfälle verliefen im allgemeinen unter dem Bilde der Manie oder Tobsucht, einzelne ähnlich einer epileptischen Verwirrtheit mit ungemein rascher Entwicklung und ebenso raschem Abklingen des Krankheitsbildes, dem ein weitgehender Erinnerungsdefekt (Amnesie) folgte. Viel seltener wurden Stupor, melancholische, kataleptische oder plötzliche Erregungszustände beobachtet. Was die zeitliche Verknüpfung anbetrifft, werden a) prämenstruelle, b) postmenstruelle und c) beim Ausbruch der Menstruation eintretende Psychosen unterschieden. Überhaupt darf als der wichtige Zeitpunkt nicht das Eintreten der Blutung, sondern vielmehr die Vorbereitungszeit bezeichnet werden, zahlreiche Anfälle begannen 10—12 Tage vor dem eigentlichen Ausbruch der Menstruation. Eine Dissertation von *Bartel* beschreibt als „klimakterisch pseudomenstruale Geistesstörung" eine traumhafte Bewußtseinstrübung bei einer 45jährigen Frau (Periode war nicht mehr aufgetreten), in welcher eine schwere Selbstverletzung vorkam, von der die Kranke nachträglich nichts mehr wußte. Sie wurde längere Zeit in der Charité beobachtet: in regelmäßigen Zwischenräumen traten zu der Zeit, wo früher die Periode sich gezeigt hatte, Angstanfälle auf. Die Psychose ging in unheilbaren Schwachsinn über.

Krafft-Ebing (Monographie 1902) teilt seine Psychosis menstrualis in folgende Untergruppen ein: a) Entwicklungspsychosen, b) Ovulationspsychosen, c) epochale Menstrualpsychosen. Daß die Menstrualpsychosen nicht häufig sind, geht daraus hervor, daß der Verfasser nur 54 Fälle als zutreffend anerkennt. Von allergrößtem forensischen Interesse sind einige klassische Fälle, die 1827 in der *Hitzig*schen Zeitschrift veröffentlicht worden sind. Eine Mutter hatte ihr jüngstes Kind in der menstruellen Zeit getötet, es handelte sich um eine melancholische Menstruationspsychose. Der Fall, der 1878 durch *C. Westphal* zur gerichtlichen Begutachtung kam, war gleichfalls ein prämenstrueller Verwirrtheitszustand. Damals konnte

Digitized by Google

der Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges ganz eindeutig geführt werden, da die Erkrankung mit dem Ausbleiben der Menses zusammenfiel und mit Wiedereintreten der Menses die Genesung begang.

Vortr. hat in der Zeit seiner Leitung der Kieler Klinik keinen entsprechenden Fall beobachtet, führt jedoch einen Fall aus der Tübinger Klinik an. Es handelte sich um ein junges Mädchen von 22 Jahren, welches des Diebstahls beschuldigt war. Sie hatte außerdem in ihrem Zimmer Gegenstände von der sinnlosesten Zusammenstellung zusammengetragen. Die Angaben über krankhafte Störungen waren äußerst unbestimmter Natur: Kopfschmerzen, Verstimmung und dergleichen. Sie trat einen neuen Dienst an und beging hier die gleichen Veruntreuungen. Auf Befragen gab sie an, daß sie zur Zeit des Unwohlseins an Andrang nach dem Kopfe litte und unter dem Zwange stehe, alles mögliche zusammenzutragen. Auch der Vater bestätigte, daß die Kranke in der menstruellen Zeit allerhand verkehrte Sachen machte, und eine Zeugin gab an, sie habe schon zwei Jahre vor der ersten Straftat beobachtet, wie die Kranke auf der Bühne des Hauses Feldsteine, Röcke und Mieder auf einen großen Haufen gesammelt, sie dann wie eine Weintraube zusammengebunden und am Dach aufgehängt hatte. Die Patientin war zu acht Tagen Gefängnis verurteilt worden und kam nach eingelegter Berufung zur Beobachtung in die Klinik. Dort wurden zwei menstruelle Phasen beobachtet, das eine Mal unmittelbar nach der Einlieferung. Der zweite Anfall gestattete eine genaue Beobachtung des ganzen Verlaufes. Der erste Anfall leitete sich wenige Stunden vor der Menstruation ein. Die Kranke, welche bis dahin sich wohl gefühlt, klagte über Kopfschmerzen, Schwindel. Das Gesicht rötete sich lebhaft. Sie war scheu und ängstlich. In der Nacht schlief sie nicht, ging aus dem Bett, glaubte rufen zu hören. Der Anfall dauerte drei Tage. Gleich am ersten Tage des Anfalles gelang die Aufnahme eines Gesichtsfeldes. Dasselbe war für Weiß und Farben konzentrisch eingeengt. Nach dem Nachlassen der Menses blieb noch eine Irregularität des Pulses bestehen. Auf Fragen gab die Kranke an, sie habe gemeint, die Stimmen der Eltern zu hören. Bei dem zweiten Anfall, der in die Beobachtungszeit fiel, begannen die ersten psychischen Störungen zehn Tage vor der Menstruation, die erst am 15. November einsetzte. Vom 5. bis 10. November begann der Schlaf schlecht zu werden. Die Kranke klagte über Kopfschmerzen. Dann traten ängstliche Träume, später auch Sinnestäuschungen auf. Das Gesicht war lebhaft gerötet, die Kranke sichtlich erregter. Am Tage des Beginns der Menses befiel die Kranke eine große Bangigkeit und traurige Verstimmung: im übrigen waren die Erscheinungen genau wie das erste Mal. Vortr. demonstriert im Anschluß daran eine Anzahl von Kurven und Sphygmogrammen, die während des Anfalles aufgenommen waren. Auch dieses Mal war die Irregularität des Pulses einige Tage nach dem Aufhören der Menses sehr deutlich, wie die mit dem Sphygmographen aufgenommene Pulskurve ergab. Die Pulsfrequenz war in der Zeit vor der Menstruation und auch während dieser eine exzessiv hohe, stieg bis auf 12[illegible]

Digitized by Google

bis 150 in der Minute. Auf Grund der Beobachtung erfolgte die Freisprechung. Später hat Vortr. die Kranke nur noch passager wiedergesehen, hat jedoch in Erfahrung bringen können, daß auch später immer zur Zeit der Menses wieder zeitweilig psychische Störungen aufgetreten sind. Vortr. macht schließlich auf die Häufigkeit des Zusammentreffens von Verbrechen und Menstruation bei Ladendiebinnen aufmerksam, warnt jedoch vor der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges ohne genaue klinische Beobachtung.

In der Diskussion betont zunächst Herr *Nonne*-Hamburg die große Seltenheit der echten Menstruationspsychosen.

Er referiert dann über eine Beobachtung, die er im Herbst 1903 im Eppendorfer Krankenhause gemacht hat: Ein 15jähriges Mädchen wurde eingeliefert, nachdem sie vor fünf Wochen und genau vier Wochen später anscheinend unmotiviert ihren Eltern entwichen und sich planlos auf der Straße herumgetrieben und an Männer unsittlich herangedrängt hatte. Vier Wochen nach dem zweiten „Anfall" erkrankte Patientin im Krankenhaus unter dem Bilde einer halluzinatorischen Verwirrtheit mit stark erotischem Element. Der Anfall dauerte drei Tage. Der nächste Anfall, der, dem ersten durchaus gleichend, genau vier Wochen nach dem Beginn des letzten einsetzte, dauerte sechs Tage. Nach abermals vier Wochen begann ein Anfall, welcher 18 Tage dauerte, um genau vier Wochen nach dem Beginn dieses letzten Anfalls von neuem einzusetzen. Dann erfolgten noch zwei weitere kurz dauernde Anfälle von zwei resp. drei Tagen. Die Anfälle, besonders der langdauernde Anfall, waren von außerordentlicher Schwere und boten das Bild schwerster manisch-halluzinatorischer Verwirrtheit mit Kothschmieren, Obszönitäten, Abstinieren und nachfolgender schwerer Prostration. Vor Beginn des Anfalls hob sich die Frequenz und der Druck des Pulses, um während des ganzen Anfalls erhöht zu bleiben und mit Abklingen des Anfalls zur Norm abzusinken. Die Amnesie war keine vollkommene.

Patientin war überhaupt noch nicht menstruiert, es handelte sich somit um einen jener seltenen Fälle von Ovulationspsychose. Die Genitalien waren völlig normal, auch sonst fand sich kein somatischer Befund, weder an den inneren Organen noch am Nervensystem. Eine nennenswerte hereditäre psychopathische Belastung ließ sich, im Gegensatz zu der überwiegenden Mehrzahl des von *v. Krafft-Ebing* gesammelten und selbstbeobachteten Materials, nicht nachweisen.

Kurze Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhause trat die erste Periode ein, und seitdem (zehn Monate) ist bei normal verlaufenden Menstruationsperioden die Kranke psychisch gesund geblieben. (Autoreferat.)

Riedel-Lübeck regt die Frage nach dem ätiologischen Zusammenhange der Psychose mit einer Autointoxikation an.

Umber-Altona weist im Anschluß daran darauf hin, daß sich der ursächliche biologische Zusammenhang zwischen Menstruation und Psychose,

Digitized by Google

sowie auch anderer rein klinischer Begleiterscheinungen der Menses (von seiten des Magendarmkanals, der Gallenwege, des Harnapparats u. a.) schwerlich anders deuten läßt als durch vasomotorische Schwankungen im Organismus, die auf reflektorischem Wege ausgelöst werden. Unsere heutigen Vorstellungen über den Einfluß der Genitalsphäre auf die Stoffwechselvorgänge geben keinen Anhaltspunkt dafür, daß dieselbe durch Sekretion bestimmter, chemisch oder katalytisch wirksamer Substrate auf den Organismus einwirkt. (Darlegung der *Lüthje*schen Untersuchungen über den Stoffumsatz bei kastrierten Tieren). So erklärt sich wohl auch die zeitweilig zu beobachtende menstruelle Albuminurie gesunder Weiber, auf die seinerzeit — durch eine Mitteilung aus der *Gerhardt*schen Klinik — aufmerksam gemacht wurde. Beobachtungen *Umbers*, zum Teil noch an der Charité, zum Teil an den Frauen der inneren Abteilung des Altonaer Krankenhauses erhoben, haben ihn übrigens belehrt, daß die menstruelle Albuminurie keineswegs ein regelmäßiges Vorkommnis bei nierengesunden Weibern darstellt. Damit die menstruelle vasomotorische Schwankung Ursache einer pathologischen Erscheinung irgendwo im Körper der Frau werde, bedarf er offenbar eines locus minoris resistentiae in einem entsprechenden Organ des Körpers.

Siemerling spricht seine Zustimmung zu der Meinung *Umbers* aus, daß es bisher nicht möglich sei, toxische Störungen bei den Menstruationspsychosen nachzuweisen, obgleich ihm die Annahme höchst sympatisch sei.

Trägt in seinem Vortrage nach, daß der bei *Bartel* veröffentlichte Fall erhebliche Schwankungen des Körpergewichts aufwies, während der Fall der Kieler Klinik zu rasch vorüberging, um schwerere Störungen herbeizuführen.

Auf *Umbers* Frage nach der Eiweißausscheidung während des Anfalls, erwidern *Nonne* und *Siemerling*, daß sich in den von ihnen geschilderten Fällen Albuminurie nicht fand.

Nonne-Hamburg: Krankenvorstellungen zum Kapitel der hereditären cerebellaren Ataxie.

Herr *Nonne* stellt einen 60jährigen Mann vor, welcher an familiärer Kleinhirnataxie leidet. Es ist der erste der drei von ihm 1889 publizierten Brüder. Der klinische Status hat sich inzwischen nach keiner Richtung verändert.

Während die Obduktion des einen Bruders (1889) eine Hypoplasie des gesamten Zentralnervensystems inkl. der extramedullären Wurzeln ergab, fand sich bei dem vor zwei Jahren obduzierten zweiten Bruder nur ausschließlich eine Hypoplasie des Kleinhirns (Kleinhirn en miniature): Medulla oblongata, Pons und Rückenmark zeigten normale Größe. Mikroskopisch fand sich an den genannten Teilen des Zentralnervensystems keine Anomalie; ebenso verhielt sich die Hirnrinde an einem Stück der linken vorderen Zentralwindung normal. *N.* weist auf die Wichtigkeit des Befundes in Hinsicht auf den seinerzeit zwischen *Senator* und *Fr. Schultze* geführten

Digitized by Google

Streit, sowie auf die neuerdings von *Seiffer* befürwortete Einteilung der *Friedreich*schen Krankheit in einen spinalen und einen cerebralen Typus hin.

(Demonstration der Präparate des Falles 1 und 2.) (Autoreferat.)

Reye-Friedrichsberg hat den von *Nonne* vorgeführten Kranken vor 15 oder 20 Jahren beobachtet, als derselbe wegen seiner Reizbarkeit und Heftigkeit der Irrenanstalt Friedrichsberg überwiesen war.

Der Kranke ging schon damals mühsam an Krücken, vermochte jedoch noch viele Jahre hindurch in Hamburg einen kleinen Handel zu treiben.

Raecke-Kiel: Über hysterische Schlafzustände.

Vortr. verfügt über 23 Fälle von hysterischem Schlaf. Davon betrafen zehn Beobachtungen einfache Schlafzustände im direkten Anschluß an vorausgegangene Krampfanfälle. In sieben Fällen handelte es sich um isolierten Lethargus; und sechs Kranke litten an protrahiertem hysterischen Stupor, der nur zeitweise den Charakter des Schlafes trug, abwechselnd mit Episoden deliriöser Verwirrtheit und allgemeiner Hemmung mit Einengung des Bewußtseins. Die Symptomatologie aller drei Gruppen ist im wesentlichen die gleiche. Ätiologisch kommt vor allem heftige Gemütserregung in Betracht. Bemerkenswert ist die häufig periodische Wiederkehr der einzelnen Anfälle bei denselben Gelegenheiten und das plötzliche Verschwinden infolge suggestiver Maßnahmen.

Das Einschlafen geschieht rasch und unerwartet oder mehr langsam, mit Vorboten. Eine grundsätzliche Trennung schlaffer und tonischer Schlafformen läßt sich nicht durchführen. Pupillen- und Sehnenreflexe bleiben erhalten. Die Hautreflexe können fehlen. Die Gesichtsfarbe ist meist normal. Puls und Respiration zeigen selten Veränderungen. In der Regel sind Tast- und Schmerzempfindung aufgehoben. Doch finden sich einzelne hyperästhetische Zonen. Auch kann das Gehör erhalten sein. Häufiger Lagewechsel, Mienenspiel und einzelne zweckmäßige Handlungen weisen auf die Fortdauer psychischer Tätigkeit hin. Ferner werden Illusionen und Halluzinationen beobachtet. Die Kranken lassen sich gewöhnlich leicht füttern oder erwachen zu den Mahlzeiten, halten sich sauber. Bei Abklingen des Stupors kann sich ein *Ganser*scher Dämmerzustand mit Vorbeireden einschieben. Die Erinnerung ist hernach nur selten gut erhalten, häufig total aufgehoben. Die Gesamtdauer des Schlafes beträgt Stunden bis Wochen, nach einzelnen Autoren sogar Monate bis Jahre.

In differentialdiagnostischer Beziehung kommen vor allem epileptische und katatonische Stuporformen in Betracht. Stets muß man die Vorgeschichte sowie den ganzen Verlauf berücksichtigen. Aber auch das Verhalten im Schlafzustande selbst bietet wertvolle Anhaltspunkte. Jedenfalls darf die Diagnose nur dann mit Bestimmtheit auf hysterischen Stupor gestellt werden, wenn sich unabhängig vom Stupor Hysterie konstatieren läßt. (Autoreferat.)

Digitized by Google

Kalmus-Hamburg: Untersuchungen über erbliche Belastung.

Vortr. hat an den Kranken der Lübecker Anstalt über vier Jahre lang individual-statistische Erblichkeitsuntersuchungen angestellt. Er hat 174 „Stammlisten" gesammelt, in denen die Familienmitglieder der Kranken in möglichst weitem Umfange namhaft gemacht und auf ihre Gesundheitsverhältnisse sorgfältig geprüft sind. Nur mit dieser von *Möbius, Binswanger, Kirchhoff* u. a. empfohlenen Methode sind brauchbare Resultate zu erzielen. Die Massenstatistik ist zu verwerfen. Die von *Lorenz* vorgeschlagene Aufstellung von Ahnentafeln ist für psychiatrische Zwecke unbrauchbar; in seltenen Fällen läßt sich die Stammtafel verwerten, wie an einem Beispiel gezeigt wird. Den besten Einblick in das Wirken und Wesen hereditärer Einflüsse gewährte eine Achtahnentafel, die um die sämtlichen Geschwister von Eltern und Großeltern vermehrt ist. Die auf einer solchen „Belastungstafel" eingezeichneten Individuen leiten ihre gesamte Erblichkeitsenergie von den vier Urgroßelternpaaren her: alle partiellen Abkömmlinge, d. h. solche, deren Vater oder Mutter anderem Blute entstammt (Cousin, Cousinen), kommen in Wegfall. Vortr. verfügt über acht vollständige Belastungstafeln, sieht aber der geringen Zahl wegen von Schlußfolgerungen ab.

Unter 250 Aufnahmen von Geisteskranken in der Lübecker Anstalt fanden sich nach genauester Durchforschung 129 erblich belastet, 28 wahrscheinlich belastet, 15 wahrscheinlich unbelastet, neun sicher unbelastet. An 69 Kranken waren Hereditätsanamnesen nicht zu erheben. Für die wissenschaftliche Feststellung der prozentualen Belastung kommen also nur 181 Kranke in Betracht: es erhebt sich somit der Prozentsatz (sicher und wahrscheinlich Belastete zusammengenommen) von 62,8 auf 86,7.

Die 174 Stammlisten enthalten 4396 Familienmitglieder; darunter fanden sich 16% Geisteskranke, 14% Abnorme und 70% Gesunde. Bei väterlicher Psychose ergab der Gesamtdurchschnitt unter den Kindern 26% Geisteskranke, 26% Abnorme und 48% Gesunde. Bei Alkoholismus des Vaters stellte sich das prozentuale Verhältnis unter den Kindern auf 32, 24 und 44. Noch ein wenig höher war die Zahl der geisteskranken Kinder bei Psychose der Mutter: sie betrug 35% bei 24% abnormen und 41% gesunden Kindern. Bei Geisteskrankheit beider Eltern ergab sich bei der direkten Nachkommenschaft ein Verhältnis von 38, 38 und 24%.

Konsanguine Ehen waren 5mal vertreten; in sämtlichen Fällen waren die Eheschließenden Belastete. 40% der Kinder waren geisteskrank, 25% abnorm, 35% gesund.

Unter 30 Paralytikern waren an 21 hereditäre Feststellungen möglich. Darunter waren 14 belastet, 6 unbelastet. An nur acht Fällen war Lues nachweisbar; also 67% sicher belastet, 27% sicher luetisch. Der hereditäre Einfluß eines der paralytischen Eltern auf die psychische Qualität der Kinder war etwa dem geisteskranken Vater gleich: unter 100 Kindern 23 geisteskrank, 36 abnorm, 41 gesund.

Von bekannten Vererbungstatsachen fand sich bestätigt: das Gesetz des

Digitized by Google

Polymorphisums, die Neigung der Melancholischen und der Alkoholisten zu gleichartiger Vererbung, die regenerative Wirksamkeit des Zuflusses gesunden Blutes, die Bedeutung des Alkoholismus als eines der schwersten erblichen Faktoren usw. Der überwiegende Teil der Fälle von Dementia praecox ließ doppelseitige Belastung erkennen, die überhaupt von prognostisch ungünstigem Einfluß zu sein schien. In zehn Familien war eine auffallende Koinzidenz von typischer Migräne mit melancholischen Geistestörungen festzustellen, darunter mehrfach bei demselben Individuum beide Krankheiten zu verschiedenen Lebensaltern.

Als neuer Befund wurde die Häufigkeit von Zwillingen in belasteten Familien mitgeteilt. Während die Bevölkerungsstatistik auf 80 Geburten 1 Zwillingspaar aufweist, stellte sich das Verhältnis bei dem vorliegenden Material auf 1 : 50 (unter ca. 3000 Familienangehörigen 60 Zwillingspaare). In 62% der Fälle von Zwillingen lag sichere Belastung, ca. 30% direkte Belastung vor. Hereditäre Erhebungen an zufällig bekannt gewordenen Fällen von Zwillingen und Drillingen, die außerhalb des psychiatrischen Beobachtungsfeldes lagen, führten ebenfalls meist zu positiven Resultaten. Vortr. wünscht, daß die Anregung zu Nachprüfungen von psychiatrischer und geburtshilflicher Seite Veranlassung gibt. In der deutschen Literatur scheint die Beobachtung bisher nicht verzeichnet zu sein, in der italienischen und französischen finden sich, wie Med.-Rat *Nöcke* dem Vortr. auf schriftliche Anfrage mitteilte, vereinzelt entsprechende Angaben. (Autoreferat.)

In der Diskussion mißt *Delbrück*-Bremen den *Kalmus*schen Ausführungen große Bedeutung bei. Namentlich von Laien werde heutigen Tages in forensischen Fällen die Bedeutung der erblichen Belastung erheblich überschätzt. Bisher habe man in Verwertung des statistischen Materials vor allem auch den Vergleich mit Gesunden viel zu wenig beachtet. *D.* weist auf eine diesbezügliche, unter *Forels* Leitung gemachte Dissertation von *Jenny Koller* hin, aus der sich ergibt, daß eine wirklich nennenswerte Bedeutung überhaupt nur der direkten Belastung von seiten der Eltern zukommt. Namentlich fiel dabei auf der hohe Prozentsatz von Alkoholismus bei Eltern von Geisteskranken, ein Umstand, der insofern besonders wichtig, als der Alkoholismus unter den belastenden Momenten der einzige neu hinzukommende schädliche Faktor ist.

Ferner berichtet *D.* noch über einen von ihm beobachteten sehr umfangreichen und zuverlässigen Stammbaum aus der Schweiz, der die Häufigkeit gleichartiger Vererbung in sehr auffälliger Weise dartut. Während zwei größere Zweige der bis in das 15. Jahrhundert zu verfolgenden Familie nur unbescholtene, aber vielfach an Geistesstörung erkrankte Leute aufwies, fanden sich in dem dritten nur zwei bis drei unbescholtene Personen neben mehreren Hunderten von Bettlern, Vagabunden, Dieben, Trinkern und einigen Mördern. Besonders auffällig war dabei, daß sich die moralischen Defekte kumulierten, sobald die Belastung von beiden Eltern in Betracht kam, während umgekehrt

Digitized by Google

die regenerierende Wirkung der Vermischung mit gesundem Blut bei den wenigen unbescholtenen Leuten nachgewiesen werden konnte.

Cimbal-Altona demonstriert Tabellen und Kurven aus einer Arbeit „zeitmessende Untersuchungen über das manisch depressive Irresein" und schließt daran die Besprechung einiger sich unmittelbar aus denselben ergebender Folgerungen. Die Untersuchungen werden in kurzer Zeit ausführlich zur Veröffentlichung gelangen.

Nach einem von der Stadt Altona in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellten Frühstück wurden die Irrenabteilung des städtischen Krankenhauses und die Städtische Irrenpflegeanstalt besichtigt. Nachmittags 5 Uhr vereinigte ein gemeinsames Essen den größten Teil der Mitglieder im Kaiserhof zu Altona. *Cimbal.* *Schröder.*

74. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 12. November 1904 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams, Behrend, Bernard, Brockhaus, Deiters, Ennen, Fabricius, Foerster, Fuchs, Gerhartz, Gudden, von der Helm, Herting, Hoffmann*-Düsseldorf, *Huth, Kölpin, Landerer, Levison, Meyer*-Düren, *Oebeke, Peipers, Peretti, Pfahl, Plempel, Rumpf, Schmitz*-Bonn, *Schoepplenberg, Schreiber, Schütte, Schultze*-Bonn, *Schwickerath, Siebert, Stachly, Stallmann, Steiner, Thiele, Thomsen, Tippel, Umpfenbach, Voßschulte, Westphal, Wex, Wilhelmy, Wirsch, Zacher.*

Als Gäste sind anwesend: Privatdozent *Fischer*-Bonn, *Thywissen*-Neuß, Kgl. Oberarzt *Wagner*-Köln.

Der stellvertretende Vorsitzende — *Oebeke* — teilt mit, daß seit der letzten Sitzung ausgetreten ist *Meyer*-Neuß. Durch Tod verlor der Verein: *Meyer*-Eitorf und *Ideler*-Wiesbaden. *August Meyer* führte die von seinem Vater gegründete Anstalt in Eitorf weiter. *Ideler*, 1829 geboren, war 1858 bis 1862 Assistent an der früheren ständischen Landirrenanstalt der Kurmark in Neuruppin, 1862—1870 dirigierender Arzt der Berliner städtischen Irrenanstalt, ebensolcher nach dem Feldzuge 1870/71, 1871—1879. Dann war er Direktor der Irrenanstalt Dalldorf (Februar 1880 eröffnet). 1885 trat er aus und siedelte nach Wiesbaden über, wo er auch am 29. September 1904 gestorben ist. —

Neu aufgenommen in den Verein werden: Medizinalrat *Eickhoff*-Siegburg, Dr. *Herzfeld*-Ruppichteroth, Dr. *van Husen*-Andernach, Privatdozent *Kölpin*-Bonn, Dr. *E. Schmitt*-Andernach, Dr. *Schwickerath*-Saffig, Professor *Westphal*-Bonn, Dr. *Wittkugel*-Waldbröl.

Westphal-Bonn stellt dann vor Beginn der eigentlichen Tagesordnung einen Kranken vor, interessant durch die Verbindung von Psychose und Neurose.

Digitized by Google

Der demonstrierte 45jährige Kranke ist durch das Nebeneinanderbestehen verschiedener Affektionen des Nervensystems bemerkenswert. Der Gang des Patienten zeigt das charakteristische Verhalten der Störung bei doppelseitiger Peroneuslähmung. Die Strecker des Fußes und zum Teil auch die der Zehen, die Abduktoren des Fußes, von den Adduktoren der Tibialis anticus, sind auf beiden Seiten gelähmt. Die Füße hängen schlaff herab. Die Phalangen stehen in Krallenstellung bedingt durch Lähmungen in den M. interosseis. Eigenartig sind die Veränderungen an den großen Zehen, an denen die Endphalangen senkrecht zu den Grundphalangen stehen, die hochgradige Difformitäten (Verkrümmungen usw.) aufweisen.

Die Flexoren der Füße und der Zehen sind erhalten, aber schwächer als normal. Beide Unterschenkel sind sehr atrophisch und stehen durch ihre Dünnheit in auffallendem Gegensatz zu den kräftigen und gutentwickelten Oberschenkeln. Die Patellarreflexe sind schwach vorhanden. Die Achillessehnenreflexe fehlen. Plantarreflexe schwach nachweisbar.

An den oberen Extremitäten beschränken sich die Atrophien auf den Thenar und Hypothenar. Die Daumenballen sind beiderseits deutlich abgeflacht, die M. opponens pollicis fehlen völlig, die Abduktoren sind paretisch. Die Atrophien am Hypothenar sind weniger stark ausgeprägt.

Die Spatia interossea sind beiderseits etwas eingesunken.

Spreitzen der Finger erschwert. Die elektrische Erregbarkeit ist in den gelähmten Muskeln teils herabgesetzt, teils aufgehoben. E. A. R. ist nicht nachweisbar, fibrilläre Zuckungen nicht vorhanden.

An der Wirbelsäule besteht eine leichte dextrokonvexe Skoliose. Die Sensibilität ist völlig intakt, speziell auch keine partielle Empfindungslähmung vorhanden.

Motorische Lähmung und Atrophie an den distalen Extremitätenabschnitten beherrschen das Krankheitsbild. Die Affektion soll in akuter Weise im 12. Lebensjahr des Patienten entstanden sein, seit dieser Zeit in unveränderter Weise fortbestehen, so daß es sich wahrscheinlich um die Residuen einer abgelaufenen Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) handelt.

Weitere sofort auffallende Störungen bietet Patient in der Haltung und Bewegung des Kopfes dar. Das Gesicht ist andauernd nach links gedreht, das Kinn gehoben, der Kopf nach hinten gezogen, die rechte Schulter gehoben. Der Kopf zeigt leichte Schüttelbewegungen, die mitunter in stärkere Zuckungen übergehen.

Diese Bewegungstörungen sind bedingt durch tonische und klonische Krämpfe, vorzugsweise im Gebiet des r. M. sternocleido-mastoideus und der oberen Partie des r. M. Cucullaris. Passiv ist der Kopf frei nach allen Richtungen beweglich. Mitunter treten auch in der rechten Hand kurze zuckende und zitternde Bewegungen auf. Der Mund, die Zunge, die Kaumuskeln zeigen eigenartige, langsamere, ungeordnete Bewegungen (Schmatzen, Vorwölben der Lippen, Kaubewegungen usw.), auf welche wahrscheinlich die

Digitized by Google

bestehende Sprachstörung (etwas undeutliches, nasales, ruckweises Sprechen) zurückzuführen ist.

Ich möchte diese Krampferscheinungen als ticartige Bewegungsstörungen auffassen, von denen in dem vorliegenden Fall besonders die Krämpfe im Accessoriusgebiet in die Augen fallen. Schließlich ist noch hervorzuheben, daß Patient an einer Psychose leidet vom Typus des manisch depressiven Irreseins.

Zeiten der heiteren Erregung wechseln in ganz unregelmäßiger Weise mit depressiven Phasen ab; die einzelnen Phasen sind ebenso wie die freien Intervalle, von sehr verschieden langer Dauer. In den manischen Phasen treten neben starker sexueller Erregung, flüchtige Größenvorstellungen und lebhafter Bewegungsdrang in den Vordergrund, während in den Zeiten der Depression psychomotorische Hemmung vorherrscht.

Zur Zeit der Vorstellung sind psychotische Symptome an dem Patienten nicht nachweisbar, er befindet sich im freien Intervall und arbeitet trotz seiner mannigfachen Leiden fleißig in den Werkstätten der Anstalt.

Es findet sich demnach bei dem Patienten bemerkenswerterweise neben einer organischen Affektion des Rückenmarks eine Psychose und eine ticartige Erkrankung verschiedener Muskelgruppen, die als Neurose gedeutet werden muß.

Fragen wir nach dem Zusammenhang dieser verschiedenartigen Störungen, so sehen wir in der hereditären Belastung des Patienten (Vater geistesschwach, Großvater lange psychisch krank) wohl die Grundlagen, auf der sich die Psychose und die Neurose entwickelt hat. Wir wissen, daß die neuropathische Belastung in der Ätiologie des manisch depressiven Irreseins den ersten Platz einnimmt und auch bei der Entstehung der Krämpfe der Hals- und Nackenmuskeln von wesentlichster Bedeutung ist. Die neuropathische Grundlage beider Erkrankungsformen kommt auch in ihren mannigfachen Verbindungen zum Ausdruck.

Kombinationen von Ticerkrankung und manisch depressiven Irreseinsformen kommen nicht selten zur Beobachtung, wobei auch ein Alternieren von Psychose und Krämpfen konstatiert worden ist. Schon *Romberg* erwähnte eine Beobachtung *Brodies*, in welcher eine Geistesstörung gewissermaßen das Äquivalent der während derselben aufhörenden Accessoriuskrämpfe bildete (zit. nach *Oppenheim*, Lehrbuch, 4. Aufl. 1905); ähnliche auf einen nahen Zusammenhang dieser Leiden hinweisende Beobachtungen sind seitdem wiederholt gemacht worden. Was die Verbindung dieser Affektionen mit der wahrscheinlich vorausgegangenen Poliomyelitis ant. acuta betrifft, für deren infektiöse Grundlage die jüngsten bakteriellen Befunde *Friedr. Schultzes* („Zur Anatomie und Ätiologie der akuten Poliomyelitis", Sitzungsberichte der Rheinisch-westfälischen Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde, 31. Januar 1904) eine neue Stütze geliefert haben, so kann es sich hier um ein zufälliges Nebeneinandervorkommen der verschiedenartigen Erkrankungen handeln: andererseits ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß

Digitized by Google

eine gewisse Disposition des Nervensystems dasselbe für eine Infektion besonders empfänglich macht, eine Annahme, auf die vielleicht Beobachtungen wie die *Oppenheims*, in denen das Kind einer Mutter an Poliomyelitis erkrankte, die ebenfalls in ihrer Kindheit das Leiden überstanden hatte, hinweisen. (Autoreferat.)

Friedr. Schultze fragt, ob die Krankheit plötzlich entstanden sei, wogegen eigentlich die Symmetrie der Affektion spräche. Der Fall erinnere jedenfalls an die sogenannte neurotische Muskelatrophie.

Westphal: Auf die Frage des Geh. Rat *Schultze* nach der Entstehung der Lähmungen des Patienten möchte ich bemerken, daß nach der Anamnese die Lähmungen in der Kindheit des Patienten in ganz akuter Weise im Anschluß an Konvulsionen entstanden sein und gleich denselben Umfang gezeigt haben sollen, den sie jetzt besitzen. Wenn die Angaben der Anamnese richtig sind und den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, dürfte deshalb die Annahme einer Poliomyelitis acuta doch wohl am meisten Wahrscheinlichkeit für sich haben. Das symmetrische Auftreten der Lähmungen, ihre Lokalisation und Ausdehnung erinnert allerdings sehr an den Typus der sogenannten neurotischen oder neuralen Muskelatrophie und ist für eine Poliomyelitis acuta ungewöhnlich, wenn auch die Mannigfaltigkeit der Ausbreitung der Lähmungen bei dieser Krankheit einmal ein elektives, symmetrisches Befallensein bestimmter Muskelgruppen, wie in dem vorliegenden Fall, verständlich erscheinen läßt.

Hoffmann-Düsseldorf erinnert an einen Fall von neurotischer Muskelatrophie, den er der Versammlung vor 10 Jahren vorgestellt hat, und der heute noch genau dasselbe Bild bietet. Seit zwei Jahren ist auch der Bruder des Patienten von derselben Krankheit befallen.

Es folgen die Vorträge:

a) *R. Foerster*-Bonn: Psychiatrische Streifzüge durch Paris.

Vortr., der bei den in Betracht kommenden Behörden und Kollegen überall Entgegenkommen und überaus liebenswürdige Aufnahme fand, weist eingangs darauf hin, daß eine Stadt wie Paris für den psychiatrischen Beobachter ein nach mancherlei Richtung hin interessantes und lehrreiches Beobachtungsfeld darbietet.

Über ein frisches und sehr wechselreiches Material verfügt die Infirmerie spéciale im Gebäude der Polizeipräfektur, der die auf der offenen Straße aufgegriffenen Fälle zugeführt werden. Von der Infirmerie aus werden die Anstaltspflegebedürftigen dann in die verschiedenen Asyle verteilt, sie dient aber auch als Beobachtungsstation für Angeklagte und Gefangene. Die Räumlichkeiten sind für die Überfülle von Material ganz unzureichend.

Bemerkenswert sind ferner die beiden der Assistance publique unterstehenden Hospitäler Salpêtrière (für Frauen) und Bicêtre (für Männer) mit 3883 bezw. 3204 Betten, die für Sieche, Greise, Geisteskranke, Epileptiker und zurückgebliebene Kinder bestimmt sind. Beide Baulichkeiten sind

Digitized by Google

alt und die Einrichtung keineswegs modern. Einzelne Abteilungen werden genauer beschrieben. Interessant ist die Vorgeschichte von Bicêtre: es befindet sich dort auch ein eigenartig angelegtes Gebäude, das eigens für verbrecherische und gefährliche Geisteskranke errichtet wurde, die sogenannte „Sûreté".

F. schildert sodann seine Beobachtungen in den vom Seine-Département verwalteten Anstalten, welches etwa 7000 Geisteskranke zu verpflegen hat. Inmitten der Stadt liegt St. Anne, in der Umgegend die Asyle: Ville-Évrard mit der Maison de santé für Pensionäre, Vaucluse, Villejuif und Maison-Blanche.

An St. Anne ist das Bureau d'admission (das eigentliche Stadtasyl), die klinische Abteilung der Universität und der Pavillon de chirurgie angeschlossen. Letzterer, ein wahres Schmuckkästchen, ist erst vor zwei Jahren unter großem Kostenaufwand fertiggestellt worden, und dient den chirurgisch erkrankten Irren des Seine-Départements.

Eine gesonderte Stellung nimmt schließlich die Maison Nationale de Charenton ein, deren Anfänge bis in das Jahr 1645 zurückgehen. Sie ist Eigentum des Staates und beherbergt psychisch erkrankte Zivilbeamte und Offiziere und deren Angehörige; der Rest der Insassen wird von Selbstzahlern gebildet. —

In Frankreich ist die Trennung der ärztlichen und der Verwaltungsfunktionen streng durchgeführt; jede Anstalt hat neben den Chefärzten, die ganz selbständig sind, einen besonderen nichtärztlichen Verwaltungsdirektor. Wie in allen Pariser Krankenhäusern werden auch in den Irrenanstalten die Assistenten (internes) nicht ohne weiteres durch die Behörde oder die Chefärzte angestellt, sondern sie gehen aus einem allgemeinen Wettbewerb (concours) hervor.

Die Irrenheilkunde der Franzosen, die ehemals an der Spitze stand, hat eine Periode des Stillstandes hinter sich. Wir dürfen aber deshalb den französischen Kollegen unserer Zeit nicht Unrecht tun; denn sie sind sich der vorhandenen Mißstände wohl bewußt und sind bemüht, unter den teilweise recht ungünstigen Verhältnissen das Bestmögliche zu leisten. Allenthalben werden Stimmen laut, die eine Reform des Irrenwesens verlangen; so hat auch kürzlich *Sérieux*, der im Auftrage der Regierung mehrere Studienreisen ins Ausland unternommen hat, das Ergebnis seiner Beobachtungen in einem trefflichen Bericht niedergelegt und rückhaltlos alle notwendigen Neuerungen und Forderungen auf dem Gebiete der Irrenversorgung an maßgebender Stelle vorgetragen.

Vortr. schließt mit weiteren Erörterungen über den heutigen Stand der französischen Psychiatrie, die sich für ein kurzes Referat nicht eignen.

(Der Vortrag wird in extenso in der Münch. Mediz. Wochenschr. erscheinen). (Autoreferat.)

Digitized by Google

b) *Thomsen*-Bonn. Klinisches über Zwangsvorstellungen.

Herr *Thomsen* bespricht zwei von ihm beobachtete Fälle von Zwangshalluzinationen. In beiden Fällen handelt es sich um Gesichthalluzinationen. In dem ersten Falle knüpfte sich die Zwangsvorstellung des Schädlichen an eine im Koffer zerbröckelte rote Sublimatpastille, und von diesem Augenblick an sah die Patientin dauernd an allen Kleidungsstücken und Gegenständen rote Flecke von Linsengröße. Sie mußte dieselben überall aufsuchen, da gleichzeitig der Gedanke des Schädlichen sich damit verband. In dem anderen Falle sah die Patientin alle Flüssigkeiten, besonders alles Wasser und was mit dem Wasser in Berührung kam, deutlich rot. Es hatte sich das an die Wahrnehmung einer mit einer rosa Sublimatlösung gefüllten Flasche angeschlossen. Die erste Patientin war nicht, die zweite deutlich hysterisch.

Vortr. bespricht an einer Reihe von weiteren Fällen die Entstehung von Zwangsvorstellungen, welche an tatsächliche Ereignisse im Leben der betreffenden Patienten anknüpfen, sowie die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Hysterie. Er bezeichnet diese Beziehungen als sehr intime, dergestalt, daß in einer Reihe von Fällen zwar die hysterischen Symptome neben den Zwangsvorstellungen nur eine nebensächliche Rolle spielen, in anderen Fällen dagegen so überwiegen, daß die Zwangsvorstellungen fast als ein Symptom der Hysterie erscheinen. Er hält die Prognose gerade in den hysterisch akut auftretenden Fällen für relativ am günstigsten.

Sodann tritt der Vortr. in eine kritische Besprechung der Zwangsvorstellungen unter besonderer Berücksichtigung der von *Löwenfeld* entwickelten Anschauungen ein und gelangt zu dem Schluße, daß beim Akzeptieren der Ansichten *Löwenfelds* die Gefahr einer völligen Verwässerung des Begriffes der psychischen Zwangserscheinungen naheliegt.

(Autoreferat. Der Vortrag wird voraussichtlich in extenso veröffentlicht werden.)

Westphal: Ich stimme in der Abgrenzung des Begriffs der Zwangsvorstellungen ganz mit Herrn *Thomsen* überein. Auch ich bin der Ansicht, daß bei der Auffassung *Löwenfelds* das Gebiet der Zwangsvorstellungen zu sehr erweitert, auf Zustände übertragen wird, welche die wesentlichen Kriterien der Zwangsvorstellungen nicht mehr deutlich erkennen lassen. Dadurch wird der Begriff der Zwangsvorstellungen ein zu verschwommener, läßt die wünschenswerte Präzision und Schärfe vermissen.

In der Bedeutung, welche der Hysterie bei der Entstehung von Zwangsvorstellungen zukommt, stehe ich ebenfalls auf dem Standpunkte des Herrn *Thomsen*.

Dagegen habe ich, soweit meine Erfahrungen reichen, das ausgesprochene Krankheitsbild der Zwangsvorstellungen niemals bei vorher ganz gesunden Personen, wie es Herr *Thomsen* unter den Möglichkeiten des Auftretens dieser Vorstellungen anführt, entstehen sehen. Ich habe typische Zwangsvorstellungen

Digitize

nur bei Personen beobachtet, die an erworbenen oder angeborenen Formen der Neurasthenie resp. an anderen Neurosen (Hysterie, Epilepsie usw.) litten; zum großen Teil waren dieselben nervös belastet und boten Zeichen der Degeneration in mehr oder weniger großer Deutlichkeit dar. Allerdings traten die Zwangsvorstellungen bei manchen dieser Kranken so sehr in den Vordergrund, daß sie das Krankheitsbild vollständig beherrschten und andere nervöse Erscheinungen verdeckten oder leicht übersehen ließen.

Zacher ist auch der Meinung, daß typische Zwangsvorstellungen ohne sonstige psychische Abnormitäten sehr selten zur Beobachtung kommen, aber daß es solche doch gibt. Zurzeit hat er einen jungen Mann in Behandlung, der seit drei Jahren an dieser Krankheit leidet; außer etwas Kopfdruck hat er keinerlei Klagen oder Symptome. Die Franzosen kennen übrigens diese Form auch.

c) *Rumpf*-Bonn: Über Arteriosklerose.

Trotz der eingehenden Referate auf dem diesjährigen Kongreß für innere Medizin von *Marchand* und *Romberg* glaubt *Rumpf*, daß die Arteriosklerose keineswegs ein völlig abgeschlossenes Krankheitsbild ist. Gegen Erklärung durch die Abnutzung spricht einmal das Vorkommen der Erkrankung in jugendlichem Alter und auf hereditärer Basis und sodann das zweifellose Auftreten der Erkrankung als lokalen Prozesses, gegen die Annahme einer stets allgemeinen Erkrankung, von welcher die Arteriosklerose eine Teilerscheinung (*Martin*), der vielfach rein lokalen Erkrankungen mit Tendenz zur Ausheilung.

Für eine Reihe lokaler degenerativer Prozesse an der Gefäßwand sind zweifellos infektiöse Ursachen anzuschuldigen, unter welchen die Syphilis eine hervorragende, aber keineswegs die einzige Ursache darstellt; für andere, mehr ausgebreitete Erkrankungen müssen aber vor allem toxische Momente beschuldigt werden. Als eines dieser sei die Bleivergiftung erwähnt, als ein anderes von außerordentlicher Häufigkeit, die chronische Nephritis. Es ist fraglich, ob nicht der Alkoholismus wesentlich auf dem Umwege über die Nieren seine schädlichen Wirkungen entfaltet; doch kommen neben dem Alkohol vermutlich noch andere Substanzen in Betracht.

Rumpf hat sich schon vor Jahren die Frage vorgelegt, ob nicht Abweichungen in den chemischen Bestandteilen des Blutes und der Gewebe mit den degenerativen Veränderungen der Gefäße einhergehen, und zunächst in Gemeinschaft mit *M. Dennstedt* die Untersuchungen auf die anorganischen Substanzen ausgedehnt.

Einmal wurde eine an frischer Arteriosklerose erkrankte Aorta (bei einem plötzlichen Todesfall) untersucht, und sodann in fünf Fällen reiner Arteriosklerose mit wechselnder Beteiligung des Herzens, teils mit, teils ohne Stauungen, und in sieben Fällen von Arteriosklerose mit Nephritis, Blut aus verschiedenen Organen untersucht.

Digitized by Google

Die Untersuchung der erkrankten Aorta ergab einen

Gehalt von	Wasser	786,8	p. M.
„	„ Trockensubstanz	171,41	„ „
„	„ Fett	41,79	„ „
„	„ Na Cl	2,579	„ „
„	„ Na (ohne Na Cl)	0,291	„ „
„	„ K	1,273	„ „
„	„ Ca	1,45	„ „
„	„ Mg	0,125	„ „
„	„ Fe	0,261	„ „
„	„ P	0,804	„ „
„	„ S	1,659	„ „
„	„ PO_4	—	„ „
„	„ SO_4	—	„ „

Das lösliche Calciumsalz macht etwa den sechsten Teil des unlöslichen aus (0,219 zu 1,234). Das Eisen ist mehr als 75% unlöslich.

Zum Vergleich liegt aus neuerer Zeit eine Untersuchung von *Gazert*[1]) vor, der in der normalen Aorta einen Kalkgehalt von 0,43% der Trockensubstanz fand, in erkrankten eine Vermehrung um das 15 bis 20 fache.

Außerdem fand er in atheromatös erkrankten Gefäßen einen höheren Fettgehalt.

Auch in unserm initialen Fall findet sich eine Erhöhung des Fettgehaltes und eine Vermehrung des Kalkes. Die Vermehrung beider wird auch durch einen Vergleich mit der Milz deutlich, der gegenüber das Fett um mehr als das doppelte, der Kalk um mehr als das zehnfache vermehrt ist. Die Vermehrung betrifft in der Hauptsache den unlöslichen Teil, d. h. der Kalk lagert in den Gefäßen keineswegs als leicht lösliches Salz.

Dem hohen Kalkgehalt steht eine relative, aber auch eine absolute Verminderung von Kalium und Natrium gegenüber, während der Chlorgehalt gering ist, und ebenso der gesamte Phosphor und Schwefel niedrige Werte repräsentieren, und der Magnesiumgehalt mit demjenigen der Milz und den übrigen Organen etwa gleich ist.

Man könnte sehr wohl annehmen, daß durch einzelne im Blute oder den Gefäßen vorhandene organische Säuren ein Austausch von Kalk gegen Natrium oder Kalium stattfände.

Wir beginnen weiter zunächst mit den Ergebnissen bei der unkomplizierten Arteriosklerose.

In dem gleichen Fall ergab die Untersuchung des Blutes einen Reichtum an organischer Substanz, wenig Chlor, aber viel Natrium, Kalium und lösliches Calcium.

Ungefähr den gleichen Befund ergaben Herz und Leber. In der Niere erreichte der Calciumgehalt den höchsten beobachteten Wert: 0,255 gr.

[1]) *Gazert*, Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 62.

Digitized by Google

Herz und Nieren zeigten auch hohe Fettwerte.

In zwei andern Fällen frühen Stadiums mit ausgedehnter Arteriosklerose zeigt einmal das Magnesium, einmal das Calcium sehr hohe Werte. In weiter vorgeschrittenen Fällen tritt neben der Vermehrung der Erdalkalien eine Herabsetzung des Wassergehaltes des Blutes und teilweise auch des Herzens und der Leber in Erscheinung, mit einer entsprechenden Vermehrung der Trockensubstanz, und diese Verminderung des Wassergehaltes geht teilweise mit Ödemen und Transsudaten einher. Vereinzelt fand sich auch viel Schwefel und Phosphor resp. PO_4 und SO_4.

Auch die mit Nephritis komplizierten Fälle zeigen zum Teil Herabsetzung des Wassergehaltes und ebenso teilweise eine Änderung des Salzgehaltes, wie oben erwähnt, meist eine Erhöhung des Calciums oder Magnesiums sowohl im Blute als in den verschiedenen Organen.

Die Nephritisfälle zeigen außerdem vielfach (nicht immer) eine Erhöhung des Chlornatriumgehaltes. In den Nephritisfällen späteren Stadiums, meist nach eingetretenen Ödemen, steigt der Wassergehalt zur Norm und über diese an, mehrfach im Blute eher als im Herz und der Leber.

Interessant dürfte sein, daß die Vermehrung des Calciums im Blute nur zum Teil das lösliche betrifft, daß daneben aber auch eine Erhöhung von schwer löslichem Calcium vorkommt, das vermutlich organisch gebunden ist. In den Organen kann die Vermehrung des unlöslichen Calciums nicht wundern, aber auch das lösliche war vielfach vermehrt.

Das Bild, welches man sich von diesen Vorgängen machen kann, ist natürlich ein sehr unvollständiges. Für die chronische Nephritis kann man an eine Erschwerung der Ausscheidung der Erdmetalle denken, die sich in dem übermäßig angestrengten und durch Degeneration der Muskulatur mit Fetteinwanderung veränderten Gefäßen niederschlagen. Man könnte nun in Analogie dessen denken, daß die allgemeine Arteriosklerose auf Änderungen in der Nierenausscheidung beruhe, zumal in den Fällen mittleren Grades eine Verminderung des Wassergehaltes des Körpers mit einer Vermehrung der Trockensubstanz sich findet. Aber die Ablagerung der Kalksalze setzt doch meist einen degenerativen Prozeß in der Muskulatur voraus und für diesen sind vermutlich infektiöse und toxische Einflüsse zu beschuldigen, toxische Einflüsse, welche zum Teil im Innern des Körpers entstehen. Darauf weisen Untersuchungen von *Josué*, *Erb* und *Fischer* hin, den der Vortr. aus diesem Grunde gebeten hat, hier einige Untersuchungsergebnisse zu demonstrieren.

Zum Schluß geht *Rumpf* auf die Behandlung der Arteriosklerose ein und macht auf einen Irrtum aufmerksam, dessen sich auf dem letzten Kongreß viele Herren schuldig gemacht haben (*Klemperer*, *van Noorden* u. a.). Die betreffenden glauben, daß die vom Ref. vor Jahren mitgeteilten Beobachtungen über Behandlung schwerer, auf Verkalkung der Coronararterien beruhender Angina pectoris sich auf die Arteriosklerose im allgemeinen beziehe. Das ist aber eine Unterstellung, gegen welche der Vortr. protestiert. Er hat darauf

Digitized by Google

aufmerksam gemacht, daß in den verkalkten Coronararterien häufig Fibrin und Kalkniederschläge zur Trombose führen (wie das auch aus *Hammersteins* Untersuchungen bekannt), und deshalb eine die Diurese anregende und die Kalkausscheidung befördernde Medikation in Verbindung mit knapper und kalkarmer Diät versucht. Auch hier war das Bestreben, eine gewisse Verdünnung des Blutes zu erzielen, naturgemäß neben den andern Maßnahmen wie Ruhe, Sorge für guten Stuhl.

Wenn einzelne Ärzte diese Behandlung ohne weiteres auf die Arteriosklerose im allgemeinen übertragen haben, so hält *Rumpf* das für durchaus falsch, und nur durch schlechte Orientierung bedingt.

Daß bei der Arteriosklerose, neben der Zurückhaltung der Erdalkalien, ganz andere Momente eine Rolle spielen, zeigt die Vermehrung der organischen Substanz und des Fettes, und die Verminderung des Wassers des Körpers.

Bei diesen Änderungen müssen organische Substanzen eine Rolle spielen, und es liegt nahe, in vielen Fällen an Toxien des Körpers zu denken. Er bittet deshalb den Vorsitzenden, Herrn Dr. *Fischers* Demonstrationen anschließen zu lassen. (Autoreferat.)

B. Fischer-Bonn: Experimentelle Arterienerkrankungen durch Adrenalininjektionen.

Meine Herren! Es war eigentlich gegen meine Absicht, schon heute über die Untersuchungen zu sprechen, die zu erwähnen Herr Prof. *Rumpf* die Liebenswürdigkeit hatte, da ich selbst meine Versuche noch nicht für ganz abgeschlossen halte, aber ich habe dem freundlichen und dringenden Wunsch von Herrn Prof. *Rumpf* nicht widerstehen können und erlaube mir in äußerster Kürze über eine experimentell erzeugte Gefäßerkrankung beim Kaninchen zu berichten unter Demonstration makroskopischer und mikroskopischer Präparate.

Meine Herren! Der Gedanke, daß die Entstehung der Arteriosklerose auf einer funktionellen Überlastung des Kreislaufs, auf einer pathologischen Erhöhung des Blutdrucks beruhe, ist nicht neu. Die Anschauung, daß eine pathologische Hypertrophie der Gefäßwand die letzte Ursache der Arteriosklerose sei, hat vor allem in letzter Zeit durch die eingehenden Untersuchungen von *Jores*[1]) wichtige Stützen erhalten. Auch *Jores* hat schon versucht, durch experimentelle Erhöhung des Blutdrucks Gefäßveränderungen bei Tieren hervorzurufen. Er fütterte zu diesem Zwecke Kaninchen mit Nebennierentabletten, aber es ließ sich weder mit Sicherheit eine Blutdruckerhöhung noch eine Gefäßerkrankung bei den Tieren feststellen. Glücklicher war man in Verfolgung derselben Idee in Frankreich. *Josué*[2]) gab an, durch intravenöse Injektionen von Adrenalin bei Kaninchen experimentell Arteriosklerose und Atherombildung erzeugt zu haben. Diese Mitteilungen haben

[1]) *Jores*, Wesen und Entwicklung der Arteriosklerose. Wiesbaden 1903.
[2]) *Josué*, Presse médicale, 18. Nov. 1903.

Digitized by Google

mich veranlaßt, den Einfluß intravenöser Injektionen von Adrenalin am Kaninchen zu studieren, und ich erlaube mir, einiges von den Resultaten dieser Versuche, die mich bereits seit über 3/4 Jahr beschäftigen, hier mitzuteilen.

Offen gestanden ging ich mit großen Zweifeln an diese Untersuchungen heran. Wie bekannt, geht die Blutdrucksteigerung nach Adrenalininjektionen sehr rasch vorüber, ich habe mich auch selbst durch direkte manometrische Blutdruckmessung beim Hunde hiervon überzeugt, und ich zweifelte deshalb daran, daß derartig rasch ablaufende Blutdruckerhöhungen Gefäßveränderungen erzeugen könnten. Aber die Beobachtungen beseitigten diese Zweifel sehr rasch. Es gelang in der Tat, beim Kaninchen auf diesem Wege hochgradige Veränderungen der Gefäße, insbesondere der Aorta, hervorzurufen. Es wurden tägliche Injektionen einer Adrenalinlösung 1/1000 in die Ohrvene gemacht, beginnend mit 0,2 ccm und langsam steigend bis 1 oder 2 ccm pro die. Es tritt hierbei eine Immunität der Tiere ein, so daß die dosis letalis (etwa 0,5 ccm) weit überschritten werden kann. Nach der Injektion verfallen die Tiere oft (besonders bei den ersten Injektionen) in einen kollapsartigen Zustand, häufig sind auch Krämpfe, die jedoch meist rasch vorübergehen. Dauern sie stunden- oder tagelang, so läßt sich später bei der Sektion stets ihre Ursache feststellen, und zwar finden sich Gehirnblutungen. Schon nach kurzer Zeit tritt nun bei den Tieren eine schwere Kachexie ein, sie magern rapide ab und gehen schließlich zugrunde — falls die Injektionen nicht ausgesetzt werden.

Die Gefäßveränderungen können sehr schwere sein und befallen ganz vorzugsweise die Aorta, in den weniger vorgeschrittenen Fällen sind sie auf die innerhalb der Brusthöhle liegende Aorta beschränkt. Man sieht auf der Intima zahlreiche kleine und große weiße Beete, in deren Bereich die Aortenwand pergamentartig aussieht und verdünnt ist. Werden die Veränderungen hochgradiger, so treten umschriebene starke Ausbuchtungen der Aortenwand hinzu, so daß man wirkliche Aneurysmen vor sich hat. In einem Falle bekam das Tier kurz nach der 23. Injektion eine vollständige Lähmung beider Beine, so daß ich an eine Blutung im Rückenmark dachte. Die Sektion ergab jedoch ein typisches Aneurysma dissecans, welches vom Arcus Aortae bis zu den Nierenarterien reichte, und, zwischen mittlerem und äußerem Drittel der Media sitzend, einen weiten Blutsack um die Aorta bildete; in der Aorta thoracica ein 4 mm langer Riß. Der übrige Teil der Aorto abdominalis war zu einem dünnen Faden kontrahiert, es war hier offenbar eine Zirkulation nicht mehr zustande gekommen und dadurch die Paraplegie beider Beine entstanden.

Mikroskopisch findet man nun nicht minder interessante Veränderungen. Um das Primäre des Prozesses festzustellen, bedarf es allerdings sehr sorgfältiger und zahlreicher Untersuchungen, da die beweisenden Bilder selten und diese Stellen makroskopisch nicht festzustellen sind. Ich glaube aber bereits mit voller Sicherheit behaupten zu können, daß die erste und primäre Veränderung eine isolierte, herdweise auftretende Nekrose der glatten

Digitized by Google

Muskulatur der Media ist. Ihr folgt ein Aneinanderrücken der elastischen Fasern, dann ein Strecken und Zerreißen derselben in viele Bruchstücke unter gleichzeitiger Verkalkung. So entstehen ausgedehnte Kalkherde in der Media. Besonders interessant für den Histologen ist die völlige Gradstreckung und Zerstückelung der elastischen Fasern, es sind dies charakteristische Veränderungen eigener Art, wie ich sie sonst noch nie gesehen habe, obwohl ich mich seit Jahren mit der normalen und pathologischen Histologie des elastischen Gewebes eingehend beschäftigt habe. Lange Zeit bleibt anscheinend jede Reaktion des umliegenden Gewebes aus, erst später treten Zellinfiltrationen hinzu, so daß dann das Bild einer wirklichen Mesarteriitis entsteht.

Soviel über die Veränderungen der Gefäßwände, die durch die aufgestellten Präparate illustriert werden. Ebenso sehen Sie hier alle Stadien kleiner und ausgedehnter Gehirnblutungen.

Diese Gefäßveränderungen können nun, meine Herren, meines Erachtens nicht allein auf den durch die Injektionen gesteigerten Blutdruck zurückgeführt werden. Die schwere Kachexie der Tiere und die nach den Injektionen stets auftretende Glykosurie zeigen uns, daß hier schwere Störungen des Stoffwechsels mit eine Rolle spielen.

Augenblicklich bin ich mit Versuchen beschäftigt, auch noch mit anderen Substanzen dieselben Gefäßveränderungen hervorzurufen.

Schlüsse aus den mitgeteilten Beobachtungen auf die menschliche Arteriosklerose dürften nur mit größter Vorsicht, wenn überhaupt, zu ziehen sein, denn beide Prozesse zeigen makroskopisch und mikroskopisch doch die größten Verschiedenheiten. (Autoreferat.)

d) *Steiner*-Köln: Über eine Neubildung im oberen Halswirbelteile.

Am 31. Mai 1902 wurde ich im Interesse eines Gymnasiasten von 16½ Jahren konsultiert, der seit etwa 6 Monaten ganz leichte Beschwerden und Schmerzen bei Kopfbewegungen hatte, die vor 14 Tagen noch unerheblich waren, sich jetzt aber verstärkt hatten. Die Untersuchung ergab, daß der junge Mann im ganzen gut und wohl aussah, sowie im Gang nicht auffallend behindert erschien. Der Kopf wurde nach allen Seiten bewegt, aber nach hinten und nach beiden Seiten unter Schmerzen, nach vorne frei davon. Die Halswirbelsäule war im Nackenteile auf Druck empfindlich. Weder im Gesicht, noch in den Augen war irgend eine Störung zu bemerken, aber der linke Arm und das linke Bein waren schwach; die linke Hand zeigte deutlich Klauenstellung und Kontraktionen, namentlich der Streckmuskeln. Die Empfindung war etwas herabgesetzt. Die Sehnenreflexe waren links stärker als rechts: auch bestand linksseitiger Fußklonus.

Die Diagnose konnte nur auf Entzündung der obern Halswirbel resp. Eiterung mit Druck auf das Rückenmark lauten und wahrscheinlich tuberkulöser Natur, da die Großmutter des Patienten lungenkrank.

Digitized by Google

Ein hinzugezogener Chirurg, der die Extensionsbehandlung übernehmen sollte, schloß sich ohne Bedenken der Diagnose an.

Aus äußeren Gründen war diese Behandlung unterblieben. Als wir den Patienten ca. 7 Wochen darauf, am 19. Juli wiedersahen, lag er zu Bett, da beide Extremitäten gelähmt waren, und zwar die linke vollständig, die rechte weniger: der linke Arm war völlig ohne Gefühl, der rechte fühlte noch teilweise. Es bestand beiderseits Fußklonus. Der Kopf konnte vom Kissen nur wenig erhoben werden und hatte konstant die Neigung, nach links hinüberzufallen.

Im Gesicht war das Facialisgebiet unversehrt, aber das linke Auge wich nach links ab, ebenso wie die Zunge beim Herausstrecken. Vor allem bestand doppelseitige Stauungspapille; über das Verhalten der Pupille fehlen leider Angaben in den gemachten Notizen. Gehör intakt. Im Laufe der letzten Tage waren flüchtige Kopfschmerzen vorhanden; seit einigen Tagen auch Schluckbeschwerden und vertiefte Atmung. Es bestand Retentio urinae; Erbrechen war niemals da, der Puls = 100. Intelligenz absolut intakt. Die Diagnose wurde dahin ergänzt, daß neben einer Neubildung im oberen Halsmarke eine Metastase davon im Gehirn aufgetreten war.

Dieser Bestand blieb in dieser Weise, bei ganz leichten flüchtigen Kopfschmerzen und ohne Zunahme auch der anderen Symptome bestehen, bis der Kranke zehn Tage darauf, am 29. Juli des Morgens um 9 Uhr, als ihm ein Einlauf gemacht wurde, bei vollem Bewußtsein, mit dem Rufe „ich sterbe", auch wirklich endete.

Die Sektion, welche Nachmittag um 5 Uhr gemacht werden konnte, zeigte sogleich bei dem Herausheben des Gehirns, daß der Grundteil des Hinterhauptes, d. h. die Rinne, in der das verlängerte Mark liegt, bis hinauf zum Keilbeinrande von einer kreidigen Masse erfüllt war, die unter dem Messer knirschte. Dieselbe reichte, wie die weitere Untersuchung lehrte, bis zu dem zweiten Halswirbel und scheint von dem Periost des Proc. odontoides dieses Wirbels ihren Ausgang genommen zu haben. Das Rückenmark war dort bis auf die Dimensionen des Schaftes eines Bleistiftes zusammengedrückt, während das verlängerte Mark einfach plattgedrückt war. Der N. abducens der linken Seite war daselbst in die Geschwulstmasse eingeschlossen: wahrscheinlich auch der N. hypoglossus, ohne daß bei der etwas eiligen Sektion (Privathaus) diese Tatsache festgestellt werden konnte. (Es wird der zweite Halswirbel mit der anhängenden Geschwulstmasse, in Formalin konserviert, demonstriert.) Die Geschwulst erwies sich als Chondrofibrom.

Aus der Lage der Geschwulstmasse erklären sich alle Symptome, nur bleibt auffallend, wie wenig die allgemeinen Funktionen des Gehirns gelitten haben, obgleich der Lage der Geschwulst nach, durch welche der Verkehr zwischen Schädel- und Wirbelsäuleinnern sehr beschränkt war, der Druck im Schädel erheblich gesteigert gewesen sein mußte. Nur die doppelseitige Stauungspapille hatte sich schulgerecht eingestellt. (Autoreferat.)

Umpfenbach.

Digitized by Google

Literatur.

Im Verlage von Seitz und Schauer in München erscheint soeben ein Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater von *L. Jankau*. Es soll ein Nachschlagebuch und Hilfsbuch für die Praxis und für die wissenschaftliche Tätigkeit sein. Während der I. Allgemeine Teil sich mit Dingen der allgemeinen Praxis beschäftigt, physikalische Notizen bringt, über Nahrungsmittel, Arzneimittel, Vergiftungen usw. berichtet, bringt der II. Spezielle Teil Notizen über Anatomie und Physiologie des Gehirns und der Nerven. Ein III. Klinischer Teil beschäftigt sich mit den Symptomen der verschiedenen Nervenkrankheiten. Natürlich alles in knapper Weise. Den Schluß bildet ein therapeutischer Teil. Der Anhang, Heilanstalten und Personalien betreffend, zeigt noch manche Unrichtigkeiten und Lücken, welche in der zweiten Auflage verschwinden müssen. *U.*

Tanzi, Trattato delle malattie mentali. Milano, Società editrice libraria. 1904. 764 S. L. 20.

In Italien bildet das Erscheinen des vorliegenden, seit langem mit Spannung erwarteten Lehrbuchs des geistreichen Professors der Psychiatrie in Florenz ein Ereignis in den Fachkreisen und das mit vollem Rechte. Ich kenne wenig Bücher, die so anregend, dabei tief wissenschaftlich geschrieben sind, wie dies. Darin spricht überall eine reiche Erfahrung. Viele Sätze sind geradezu Aphorismen in ihrer Prägnanz und Eleganz, und überall werden treffende Bilder und klassische Beschreibungen gegeben. Man findet unzähligmal feine Bemerkungen, die man selbst in dickleibigen Büchern, z. B. im Lehrbuche von *Kraepelin*, vermißt. Papier, Druck sind sehr schön, und die vielen Photogramme gehören sicher zum Besten, was Ref. kennt. Die Literatur, namentlich die deutsche, ist gut verwertet. Bei dem großen Umfange des Ganzen gibt es natürlich auch Punkte, worin man nicht dem Verf. beistimmt, doch sind dies meist nur untergeordnete. Betrachten wir das Buch etwas näher! Der allgemeine Teil nimmt 260 Seiten ein. Mit Recht hält Verf. die Flechsigschen Lokalisationszentren in ihrer Basis noch

Digitized by Google

lange nicht für erschüttert, trotz so vieler Gegner, die er freilich nicht einmal erwähnt. Dagegen bedauert Ref., daß Verf. noch an der Neuronenlehre festhält, trotz so wichtiger Gegengründe. Jede Gehirnzelle wirkt nach ihm „polydynamisch". Die allgemeine Ätiologie ist etwas sehr kurz ausgefallen und die Autointoxikationen spielen eine sehr große Rolle (freilich noch sehr wenig bewiesen! Ref.). Daher die Bedeutung der Darmstörungen und ihre Autotoxine, worin auch die Wirkung des psychischen Choks besteht (? Ref.). Schulüberbürdung ist an sich ziemlich harmlos. Mit Recht bezweifelt *T.* ob wirklich der Wahnsinn zugenommen hat. Die Kultur muß die Psychosen sogar an Zahl herabsetzen, wenn einmal die schweren sozialen Krisen überwunden sind. Mit Recht sagt er ferner, daß alle Entartungen auch mit körperlichen Stigmen verbunden sind, die freilich nur einen kollektiven, keinen individuellen Wert haben. Hier geht Verf. sicher zu weit! Er tut wohl daran, die meisten zu wenig begründeten Ansichten *Lombrosos* über Genie, Verbrechen usw. zu verwerfen und besonders bez. ihrer Identifikation mit Epilepsie. Bezüglich der Erblichkeit ist Verf. sehr vorsichtig und hält den sicheren Prozentsatz derselben nicht für sehr hoch. Meist sind die Ursachen zu Psychosen viele. Selten tritt fortschreitende Entartung ein und die Regenerationskraft ist stärker als die Degenerationskraft! Sehr ausführlich ist die Besprechung der allgemeinen pathologischen Anatomie. Verf. glaubt, daß die Hirnzellen auch nach Art des schädlichen Agens verschieden reagieren (? Ref.): Adhäsionen der Pia an der Rinde sollen gern auftreten (gewiß nur sehr selten! Ref.). Die allgemeine Physiologie zeigt eine Menge von feinen Bemerkungen. Die Halluzination entsteht durch Reiz in dem Assoziationszentrum als Idee oder Teil davon und fließt zurück in das Sensibilitätszentrum, wird so also wieder zu einer Empfindung. Sie ist „psychologisch: ein Involutionsphänomen: physiologisch: ein abnormes Phänomen regressiver Assoziation". Das laute Denken spricht sehr dafür. Sehr fein sind die Bemerkungen über Zwangsideen. Verf. glaubt nicht, daß sie in Wahnideen übergehen können (? Ref.). Die systematischen Delirien beruhen zum großen Teil auf gemütlicher Suggestion. Das Bewußtsein ist Unterscheidungsvermögen, daher gehören alle Zustände von Amentia zu den Dämmerzuständen. Verf. bringt sehr gewagte mechanische Erklärungen für das Gedächtnis. Mit Recht erklärt er die Lehre der vier Temperamente für mystisch. Instinkt ist ein dunkler und unvollkommener Wille. Einen freien Willen gibt es nicht. Unsere Handlungen sind „eine fortwährende Anpassung an das hedonistische (Nützlichkeits-)Gesetz". Über Homosexualität hat Verf. ganz falsche Ideen und kennt offenbar nicht die echten Invertierten. Sehr fein ist die Mimik studiert, ebenso die Klassifikation der Geistesstörungen. Verf. weist die schwachen Punkte in der Klassifizierung von *Kraepelin* auf, von der er jedoch ganz die Dementia praecox in seiner eigenen, ätiologisch begründeten Einteilung herübernimmt. Diese Krankheiten, wie die Paralyse, gelten ihm als Autointoxikationen (sicher? Ref.). Die eingehend untersuchte Pellagra eröffnet die spezielle Symptoma-

Digitized by Google

tologie. Dann folgt der Alkoholismus chron. usw. Die alkoholistische Epilepsie ist eine echte, doch macht Alkohol nicht die Krämpfe, sondern die Tendenz dazu besteht schon vorher. Es gibt nur eine alkoholische Pseudoparalyse, die freilich bloß mit Wahrscheinlichkeit erkannt werden kann. Der Morphinismus und Kokainismus folgen dann. Die Amentia im Sinne *Meynerts* wird beschrieben. Verf. glaubt, daß Remissionen eine schlechte Prognose abgeben. Es handelt sich um Intoxikationspsychosen. Alkohol ist hier sehr nützlich. Mit *Kraepelin* werden die „Thyreoid-Psychosen" näher beleuchtet, speziell das Myxoedem der Erwachsenen und der Kretinismus. Bei letztem soll die Spheno-Occipitalsymphyse früh verknöchern (? Ref.), der Kretinismus hängt vor allem vom Orte ab. Nie (? Ref.) fehlt eine Schilddrüsenstörung. Der sporadische Kretinismus ist durch eine Schilddrüsenerkrankung erzeugt. Mit Rhachitismus hat Kretinismus wahrscheinlich nichts zu schaffen. Der Morbus Basedowii beruht wahrscheinlich auf Hyperthyreoidismus. Glanzvoll ist das Kapitel der Paralyse geschrieben. Von erblicher Belastung spricht Verf. leider gar nicht, er will auch nichts hier von Degeneration wissen, nimmt dagegen eine Prädisposition an, was schließlich auf dasselbe hinläuft. In der Beschreibung leuchtet aber doch ein klinisch und pathologisch-anatomischer Unterschied zwischen der italienischen und deutschen Paralyse (diese Rassenunterschiede hat Ref. wiederholt betont). Als nicht zu selten beschreibt Verf. eine Pseudobulbärparalyse als Symptom. Kniereflexstörungen hängen vorwiegend vom Gehirne ab. Die Ohrgeschwulst wird nicht erwähnt. Verf. unterscheidet eine ambitiöse, hypochondrische und apathische Form der Paralyse. Ob die letztere Form wirklich zugenommen hat, wird dahingestellt. Tabes und Paralyse sind getrennte Leiden, können sich jedoch kombinieren. Die Ursache der Paralyse ist: Prädisposition und Syphilis. Im mikroskopischen Hirnbefunde folgt Verf. *Nissl*. Die Differentialdiagnose ist ziemlich vollständig, doch fehlt die Bleiparalyse. Der Lumbalpunktion zu diagnostischen Zwecken geschieht keine Erwähnung. Ein eigenes Kapitel ist der auf Cerebropathien im Kindesalter beruhenden erworbenen Idiotie gewidmet, dem später die Imbezillität gegenübergestellt wird, wo sich nämlich solche nicht finden. (Dieser Unterschied dürfte wohl aber nur für unsere jetzigen Mittel und Untersuchungen gelten, nicht prinzipiell. Ref.). Von erblicher Belastung will Verf. hier nichts wissen! Nur der äußere Faktor (Trauma, Syphilis usw., Infektion usw.) entscheiden. Nach Schilderung der Cerebralerkrankung der Erwachsenen (incl. der Dementia senilis) wird die Manie und Melancholie dargestellt, aber nicht unter das *Kraepelin*sche manisch-depressive Irresein subsummiert. Die Manie kehrt fast stets zurück, selten die Melancholie, daher ist die erstere entschieden mehr konstitutionell begründet. Es gibt auch eine chronische Manie. Sehr schön ist die Neurasthenie und Hysterie dargestellt. Die akute Neurasthenie ist heilbar, die chronische, konstitutionelle, nicht. Mit Hysterie ist sie verwandt. Zur chronischen N. zählen die verschiedenen Phobien. Die Hauptsache bei N. ist die ähnliche Vererbung (? Ref.); alles andere ist nur Gelegenheitsursache. Die Erklärung der N. als

Digitized by Google

chronische Ermüdung wird zurückgewiesen. Es handelt sich um eine allgemeine Ernährungsstörung. Die Suggestibilität der Hysterie ist nur eine Seite derselben und traumatische Psychose ist nur Hysterie. Verf. steht für die „hysterische Urinformel", der Epilepsie gegenüber, ein (? Ref.). Es gibt einen „hysterischen Charakter" (? Ref.). Psychosen können sich aufpfropfen. Die Hysterie ist die charakteristischste Form der gleichen Vererbung. Auf die Bewußtseinszustände Hysterischer, sowie auf die Kinderhysterie wird fast nicht eingegangen. Verf. ist mit Erweiterung des Begriffs Epilepsie sehr vorsichtig. Nicht alle Epileptiker sind geisteskrank. Wichtig ist die Gesichts-Asymmetrie (? Ref.). Die toxische Theorie erklärt nicht alles. Wahrscheinlich liegen der Epilepsie stets Cerebropathien zugrunde. In der Dementia praecox mit den einzelnen Formen folgt Verf. fast ganz *Kraepelin*. Das Grundphänomen ist das alberne Benehmen, der verkehrte Willen. Fast pathognomisch sind die chronischen Halluzinationen (? Ref.). Heilung ist sehr selten (? Ref.). Diese Krankheit vererbt sich oft direkt und erbliche Belastung ist häufig. Sie ist vielleicht die vererbbarste Krankheit (? Ref.). Sie stellt eine endogene Entartung dar. Homosexualität sieht Verf. als Entartung an (? Ref.). will aber den § 175 abgeschafft wissen. Die „moral insanity" nennt Verf. „konstitutionelle Immoralität". Sie ist aktiv und passiv. Verf. tritt nicht den Ideen *Lombrosos* bez. des Verbrechens, des Genies, der Epilepsie und ihrer Verwandtschaft untereinander bei. Eche Paranoia ist sehr selten. Sie ist mehr Anomalie als eigentliche Krankheit. Sie ist ein Atavistikum (? Ref.). Ein besonderes Kapitel behandelt die Imbezillität (siehe oben). Endlich schließt eine Betrachtung der Irrenanstalten (besonders der italienischen) das Ganze. *Tanzis* Buch ist das geistreichste, das ich nach dem *Meynert*schen kenne! Jedem sei es daher bestens empfohlen. Leider ist die forensische Psychiatrie fast gar nicht berührt und die Behandlung der Psychosen sehr mager ausgefallen. *Näcke.*

Toulouse, Vaschide et *Piéron*, Technique de psychologie expérimentale. Paris, Doin, 1904. 335 S. 4 Frcs.

Die drei Verfasser, Vertreter der sonst in Frankreich noch nicht sehr gepflegten experimentellen Psychologie, haben in oben angezeigtem Buche für den Praktiker ein sehr brauchbares Buch geschrieben. Gerade um diese neue Methode mehr en vogue zu bringen, haben *Toulouse* und *Vaschide* eine Reihe höchst einfacher, wenig kostspieliger, aber für die gegebenen Zwecke scheinbar genügenden Instrumente konstruiert, deren Handhabung genau beschrieben wird. Für die höhern Prozesse erfanden sie geistreiche, fast ideale tests. Das Hauptverdienst der Autoren ist aber darin zu suchen, daß sie alle Untersuchungen auf Zahlenformeln zurückbringen, die miteinander vergleichbar sind, sogar die für die schwierigen Operationen. Dadurch haben sie, wie sie bescheiden sagen, einen Versuch gemacht, der „persönlichen Formel" eines

Digitized by Google

Menschen näher zu kommen, was ja doch schießlich der höchste Zweck der eigentlichen experimentellen Psychologie sein sollte. Schon vor 10 Jahren hat *Toulouse*, damals noch auf unvollständigen Methoden fußend, die Persönlichkeit Zolas uns psychologisch-naturwissenschaftlich in einer Weise näher gebracht, wie wir bis dato nichts ähnliches hatten. Jetzt, mit vervollkommneter Technik ist er, wie er Ref. sagte, an die gleiche psychologische Untersuchung des großen Bildhauers Dalou, der kürzlich erst verstorben, auf der place de la Nation in Paris das großartige, in seiner Art einzig dastehende Gruppenbild der Republik darstellte — und des noch lebenden ersten Mathematikers Frankreichs, Poincarré, herangegangen. Das Buch stellt wohl das vollkommenste Vademecum der psychologischen Technik dar, allerdings für nicht Eingeweihte nicht immer leicht verständlich, wie ja sehr natürlich. Eine Methode beherrscht sämtliche Untersuchungen und das ist sehr wichtig. Die nötigsten Zeichnungen sind in den Text gefügt und eine Menge von tests beschließen das Ganze. Interessant ist die Aufstellung der Probleme, die zunächst der Lösung noch harren, sowie die genaue Beschreibung der Wahl des Untersuchten, des Beobachters, des Milieus usw., um die unzähligen Fehlerquellen möglichst zu verringern. Klar sind alle Definitionen gegeben. Mit Recht wird betont, daß Affekte physiologisch (an Respiration, Puls usw.) zu messen für die Psychologie wenig Wert hat, da beide Reihen durchaus nicht immer parallel gehen. 10 Jahre lang hat *Toulouse* an seinen Apparaten und Methoden gearbeitet, allein oder mit *Vaschide* usw., und so hat er eine eigene, sehr reiche Erfahrung, neben einer scharf ausgeprägten Kritik. Von Fragebogen hält er im allgemeinen mit Recht wenig, und nur in den Händen von Psychologen haben sie Wert. Verf. verwendet auch das Stenogramm, sehr oft den Phonographen und das elektrische Licht, wobei hier auch das Nicht-Konstante des letzteren hervorgehoben wird. Für die höchste Synthese: der intimen psychischen individuellen Struktur, sind die einzelnen Zahlenformeln wenig wert; hier sollen nur Verhältnisse von solchen zueinander (wie der Urinbestandteile) erstrebt werden, um dem vorliegenden Typus näherzukommen. Ist dies einmal gelungen, so würde die Praxis einen großen Vorteil davon haben, indem eine so geführte psychologische Untersuchung spezielle Geistesrichtungen des Betreffenden, also seine Fähigkeiten zu bestimmten Berufen, an den Tag bringen würde. So herrscht in dem Buche von *Toulouse* ein großer Zug und das Herantreten an Probleme, wie wir sie wohl sonst nirgends finden. *Näcke.*

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Die Kreisirrenanstalt Eglfing bei München — ist der Vollendung nahe und wurde von den Mitgliedern des oberbayrischen Landtags besichtigt. Sie soll im Juli 1905 eröffnet werden, enthält 307 ha, wovon 44 ha umfriedigt sind, welche 83 Gebäude umschließen. Aufnahme für 1070 Personen. Betriebsgeleise mit der ca. 2 km entfernten Bahnstation Haar. Kosten ca. 8½ Mill. Mark. (Münch. Neueste Nachr. 1904 No. 528.)

Preußischer Kultusetat. — In Greifswald werden für den Neubau der Irrenklinik als vierte und letzte Rate 134 000 Mark, für den Neubau der Irrenklinik in Breslau als zweite Rate 256 250 Mark, für den Neubau der psychiatrischen und Nervenklinik 43 700 Mark, in Bonn für Unterrichtszwecke an der psychiatrischen Klinik 22 000 Mark gefordert. In Breslau soll das Extraordinariat für Psychiatrie in ein Ordinariat umgewandelt werden.

Bestrafung eines Wärters — durch das Schöffengericht in Eltville. Dem Hilfswärter K. war die Mißhandlung eines Kranken nachgewiesen, er auch alsbald aus der Anstalt entlassen worden. Der Amtsanwalt beantragte 1 Monat Gefängnis. Das Gericht faßte jedoch den Fall milder auf und erkannte auf eine Geldstrafe von 10 Mark. Es sei zu berücksichtigen, daß der Kranke U. ein im höchsten Grade rabiater Kranker war, daß der Wärter keinen ungünstigen Eindruck mache und auch schon durch die Entlassung zum Teil bestraft sei. (Gerichtsz. u. Frkf. Ztg. 1904 No. 321.)

Verein Bayerischer Psychiater. — Die diesjährige Jahresversammlung findet am Pfingstdienstag, den 13. Juni, und Mittwoch, den 14. Juni cr., in der Psychiatrischen Klinik zu München statt. An die Verhandlungen wird sich auf Einladung des Herrn Prof. Dr. *Kraepelin* eine Besichtigung der

Digitized by Google

Klinik und ihrer wissenschaftlichen Einrichtungen anschließen. Die Anmeldung von Vorträgen wird spätestens bis 29. April cr. an den Unterzeichneten (p. A. Kreisirrenanstalt München) erbeten.

München, 11. Januar 1905. Der Vorsitzende: Dr. Vocke.

Zu der neuen Irrenanstalt bei Wien — ist am 27. September in Gegenwart des Kaisers der Grundstein gelegt worden. Auf den sog. Spiegelgründen beim Galizienberg mit 200 Joch Terrain und einem Umfange von 6½ Kilometer wird sie für 2000 Kranke erbaut, aber mit Einrichtungen, die später eine größere Zahl zulassen. In fünf Terrassen werden die Gebäude aufgebaut. Die Mittelachse bilden das Direktionshaus mit den Wohnungen für Ärzte und Beamte, das Gesellschaftshaus der leichteren Kranken, die Küche und Wäscherei und obenan die Kirche für 500 Personen. Rechts von der Mittellinie sind die Gebäude für die Männer, links die für die Frauen. Die untere zweite Reihe von Häusern bildet die Heilanstalt, die obere die Pflegeanstalt. Jene enthält zwei Aufnahmegebäude, fünf Pavillons für halbruhige, vier Pavillons für unruhige und zwei Pavillons für ruhige Kranke; die Pflegeanstalt vier Pavillons für pflegebedürftige, Pavillons für unruhige, pflegebedürftige und halbruhige Sieche und ein Pavillon für geisteskranke Verbrecher. An eine zweite, im spitzen Winkel zu der Hauptachse verlaufende Seitenachse gliedert sich das Pensionat für 300 Kranke. Außerdem enthält der Komplex zwei Pavillons für tuberkulöse Kranke, ein Beschäftigungshaus, ein Leichenhaus, Bad und Wäscherei, ein Kesselhaus, Gewächshäuser, Pförtner- und Gärtnerhäuser, Wirtschaftswohnhäuser, Stallungen für Pferde und Schweine, Remise etc. Die Baukosten sind mit 18 Millionen Kronen veranschlagt, wozu 13 Millionen durch den Kaufschilling für die alte Wiener Irrenanstalt gedeckt sind, während die restlichen 5 Millionen durch ein Darlehn beschafft werden. („Die Zeit" 1904 S. 717.)

Nekrolog Ideler. — Am 21. September 1904 starb ein Mann, der sich der Psychiatrie früher mit großem Eifer gewidmet hatte, in den letzten zwei Jahrzehnten aber fern von der Stätte seiner einstigen Wirksamkeit gelebt hat und daher den meisten Kollegen mehr oder weniger fremd geworden ist.

Dieser Kollege war der Geheime Sanitätsrat Dr. *Carl Ideler*, der, nachdem er von der Direktion der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf zurückgetreten war, nach Wiesbaden übersiedelte und dort gestorben ist.

Er war ein Sohn von *Carl Wilhelm Ideler*, der, auf dem Gebiete der Psychiatrie ein überaus fruchtbarer Schriftsteller, dereinst durch *Langermanns* Empfehlung als erster klinischer Lehrer dieses Faches, und zwar im Hauptamte, an die Berliner Universität und zugleich zum Leiter der Irrenabteilung der Charité berufen war. Der Vater hatte seine ärztliche Ausbildung noch

Digitized by Google

in der Zeit erhalten, wo die Naturphilosophie die medizinischen Fakultäten beherrschte, ihre Herrschaft aber schon zu Ende ging. In den übrigen deutschen Ländern hatte man begonnen, Ärzte an die Spitze der Anstalten für Psychischkranke mit aller Verantwortung für ihr Handeln zu stellen, und diese waren durch exakte Beobachtung der Einzelfälle ein neues Lehrgebäude aufzustellen bemüht. Jemehr nun *Ideler*, der Vater, seine theoretischen Anschauungen in die Praxis übersetzte, destomehr entfernte er sich von den Grundsätzen derer, die an anderen Anstalten dem gleichen Berufe oblagen, und desto geringer ward sein Einfluß als Lehrer und Schriftsteller. Immerhin sind seine Krankengeschichten auch jetzt noch von Wert und seine „Allgemeine Diätetik für Gebildete" wird noch jetzt geschätzt. Den Kampf mied er und duldete lieber. Man mißbrauchte wohl auch diese Friedensliebe, und die letzten Jahren seines Lebens sind trübe gewesen.

Diese Verhältnisse konnten nicht ohne Einfluß auf die Entwicklung des Sohnes bleiben, der seinem Vater zärtlich zugetan war und hierdurch vielleicht mitbestimmt wurde, den gleichen Beruf zu erwählen.

Am 26. Februar 1829 zu Berlin als ältestes Kind geboren, traf er mit seinen Studien in eine Zeit, wo andere Anschauungen nicht bloß in der Medizin im allgemeinen, sondern auch in der Psychiatrie insbesondere zur Geltung gekommen waren. Daß er nur die Universität Berlin besuchte, mochte in den Familienverhältnissen liegen, ebenso, daß er daselbst seiner Militärpflicht bei dem Garde-Artillerie-Regimente genügte. Dann trat er als Assistent in die damals zu Neuruppin bestehende, später nach Eberswalde verlegte Irrenanstalt ein, ward 1861 dirigierender Arzt der städtischen Irrenpflegeanstalt in der Wallstraße zu Berlin und zugleich Arzt des damals in der Nähe liegenden Waisenhauses.

Im französischen Kriege nahm er mit Genehmigung seiner Behörde als Stabsarzt, später als Oberstabsarzt teil, hat als solcher besonders während und nach der Erstürmung von St. Privat hervorragende Dienste geleistet und später die Belagerung von Paris durchgemacht, so daß er im Schmucke des eisernen Kreuzes mit dem siegreichen Regimente in die festlich geschmückte Hauptstadt des Deutschen Reiches einritt.

Als 1880 die Stadt Berlin, nachdem sie die Fürsorge für ihre Geisteskranken in eigene Hand genommen hatte und nunmehr erkannte, für welche überraschend große Zahl zu sorgen war, zu dem damals nicht gebräuchlichen und erst nach Beginn des Baues gefaßten Entschluß kam, sämtliche 1020 Kranke mit dem dazu erforderlichen, sich auf mehrere hundert Menschen belaufenden Verwaltungspersonal auf einem damals ungünstig gelegenen Terrain von 282 Morgen in einer Anstalt zu vereinigen, ward unserem *Ideler* deren Direktion übertragen. Außerdem mußte seitens der Anstalt noch die Unterbringung von weiteren 1483 Kranken in 23 Privatanstalten übernommen werden. Aber nicht nur die Kranken und ein großer Teil der Angestellten kamen nicht aus ländlicher Umgebung, sondern aus der Großstadt Berlin. Aus ihr sammelten sich die irren Verbrecher ebenfalls hier in unvorhergesehener Zahl und

Digitized by Google

Qualität an und ein Abschieben in andere Anstalten, wohin sie etwa gehörten, machte erklärlicherweise große Schwierigkeiten und Verzögerung. Zudem mußte das Pflegepersonal für die der Zeit entsprechende freiere Bewegung erst erzogen werden; kurz, überall mußten neue Einrichtungen getroffen, neue Wege gesucht werden, welche bei einer bisher patriarchalischen Verwaltung vermieden worden waren. Dies erforderte bei einer so großen Anstalt eine solche Kraft und Leistungsfähigkeit, daß bei aller Hingabe unser *Ideler* dieser Aufgabe nicht gewachsen war. Es ist erklärlich, daß Exzesse schlimmster Art vorkamen und sich wiederholten, so bereitwillig auch die Behörden Vorschlägen zustimmten. Es mußten erst Erfahrungen gesammelt werden, die später verwertet werden konnten.

Unser *Ideler* trug an diesen Verhältnissen schwer, denn er war eine feinsinnige Natur, schlicht und einfach in seinem Auftreten, vornehm in seiner Gesinnung, gütig in seinem Wesen, gerecht und vorurteilsfrei, dabei gegen alle, die mit ihm zu tun hatten, liebenswürdig, entgegenkommend und zu Opfern an Zeit und Mühe bereit, aber ein schöpferischer und tatkräftiger Organisator, der wohl auch einmal schroff auftreten und Schläge austeilen wie kaltblütig aushalten muß, war er nicht, und die Arbeit wuchs ihm allmählich über den Kopf. Dazu kam, daß zu seinem Leidwesen für ihn der ärztliche Beruf bei dem Umfange der Anstalt immer mehr hinter dem der Verwaltung zurücktrat. Wenn man auch, um die letztere zu erleichtern, die Anstalt mit allen baulichen und technischen Einrichtungen versehen hatte, welche die Laien überraschten und jeden Sachverständigen zur Bewunderung zwangen, so fiel doch eben die Hauptaufgabe dem Direktor zu, der nach oben und unten belehren und berichten mußte. Eine Beschreibung der neuen Anstalt hat er mit dem ausschlaggebenden Baumeister *Blankenstein* herausgegeben.

Unseres *Idelers* Nervenkraft wurde bei seiner Individualität im Laufe der nächsten Jahre untergraben, so daß er sich schon 1885 pensionieren ließ. Es zeigt von seiner Wertschätzung seitens seiner Behörden, mit denen er stets in freundlichem Verkehr gestanden hatte, daß sie auch bei dieser Gelegenheit ihm ihr Wohlwollen bezeugten und dies noch besonders durch eine sehr anständig bemessene Pension bekundeten.

Ideler zog sich nach Wiesbaden zurück, von dessen Quellen, künstlerischen Interessen und landschaftlicher Umgebung er Milderung seiner leiblichen Beschwerden hoffte. Er hat sich aber seitdem nie wieder seiner früheren Gesundheit erfreut, stets über körperliche Leiden geklagt und es als einzige Abwechselung und Erholung betrachtet, wenn er, der unverheiratet war, fast jährlich im ländlichen Pfarrhause als begehrter Gast zu Borne bei Magdeburg zu Schwager und Schwester für einige Zeit reiste und auf dieser Reise einzelne Freunde besuchte. So gingen ihm Dezennien vorüber, welche bezeugten, daß nicht organische Leiden die Ursache seiner Beschwerden waren, und erst im letzten Jahre traf ihn ein schweres Augenleiden, welches ihn Besserung in einer Augenheilanstalt suchen liess. Eine holde Trösterin

Digitized by Google

war ihm, wie seinem Vater, die Musik, die er gelegentlich ausübend oder in anregendem Gespräch gerne verwertete. Nur selten unternahm er noch Reisen in die Fremde: eine der befriedigendsten war eine solche nach Holland, wo er die Sammlungen der alten holländischen Maler in den verschiedenen Städten aufsuchte und begeistert davon zurückkehrte.

Der Aufforderung, seine reichen Erfahrungen, welche er namentlich in Dalldorf über die Licht- und Schattenseiten großer Anstalten erworben hatte, niederzuschreiben und der Allgemeinheit nutzbar zu machen, wollte er nachkommen, schob es aber immer wieder auf. Nur einmal erhob er sich noch zu früherer Kraft, um das Andenken an seinen Vater, der im Auslande mehr als im Inlande gefeiert wurde, klar zu stellen, und er zeigte dabei, daß er der Feder noch gewachsen war.

In Wiesbaden hatte er die Freude, mit seinem jüngeren Bruder *Gustav*, der als Oberstabsarzt a. D. zu ihm gezogen war, einige Jahre zusammenzuleben, bis auch dieser 1891 an einer Verknöcherung der großen Arterien starb. Jetzt ruhen beide Brüder auf dem Friedhof in Wiesbaden.

Hat unser *Ideler* sich um die geschichtliche Entwicklung des Berliner Irrenwesens unverkennbare Verdienste erworben, so hat er dies auch nach einer andern Richtung getan.

Die deutschen Irrenärzte hatten 1860 neben dem Vereinigungspunkt, den ihnen bereits die psychiatrische Sektion der Naturforscherversammlung bot, einen selbständigen Verein als Wandergesellschaft gegründet, zuerst unter den ärztlichen Disziplinen, wodurch sie zwar zunächst manchen Widerspruch hervorriefen, weil man für die Einheit der Medizin fürchtete, aber doch des rechten Weges sich bewußt waren, auf dem ihnen später auch die andern nachfolgten. Nun wurden zur Vorarbeit für den deutschen Verein und zum näheren Anschluß der einander örtlich nahen Psychiater Lokalvereine angestrebt und der erste in Berlin 1867 gegründet. In Berlin selbst waren nur wenige, welche die Psychiatrie pflegten. Die Anstalten der Provinz Brandenburg, der benachbarten Provinzen und Staaten schlossen sich aber an und gaben eine für einen Verein genügende Zahl von Mitgliedern. Später, als die Zahl der Anstalten für Psychischkranke und damit auch die Zahl der an ihnen tätigen Ärzte in Berlin und Umgebung wuchs, als zugleich die damals noch hintenan stehende Neuropathologie in ungeahnter Weise zur Blüte kam und ihre zahlreichen Jünger sich zu den Psychiatern gesellten, als dann auch in den benachbarten Provinzen und Staaten sich Lokalvereine selbständig loslösten, kehrte sich allmählich das Verhältnis um, und gegenwärtig hat die Mehrzahl der jetzt zahlreichen Mitglieder unseres psychiatrischen Vereins in Berlin und Umgegend ihren Wohnsitz.

Von Anfang an gehörte unser *Ideler* zu den eifrigsten Förderern des damals sehr kleinen Vereins, dessen Mitglieder bei den Sitzungen in seiner Wohnung auf der Wallstraße Aufnahme finden konnten und bei seiner Liebenswürdigkeit und Sorgfalt behaglicher Stunden sicher waren. Als dann die Zahl der Mitglieder wuchs, fanden die Vereinsversammlungen in verschiedenen

Digitized by Google

taurationen statt, bis später eine dauernde Heimat sich in den stattlichen men des Langenbeckhauses bot. Nähere Angaben über die Entwicklung Vereins finden sich in der zum 25jährigen Jubiläum desselben erienenen Festschrift.

Damals ließ es unser *Ideler* an Beiträgen zu den Sitzungen nicht fehlen, in dieser Zeitschrift veröffentlicht sind. Außer Berichten über die Irrenanstalten in Berlin (XXIV, 839; XXVI, 770; XXXIV, 243) trug er vor: „Über n Fall von primärem Blödsinn“ (XXV, 272), „Über einen Fall von Selbststümmelung“ (XXVII, 717), „Mitteilung über Psychosen bei Militärpersonen“ IV, 598). „Ein Fall von Epileptoid“ (XXIX, 756), „Über provisorische rlaubungen“ (XXXII, 651), „Ist es erlaubt, daß ein Professionist, der der Anstalt angehört, draußen bei Meistern arbeitet?“ (XXXII, 652), teilungen über den projektierten Bau einer Irren-Siechenanstalt im Anluß an die bereits im Bau begriffene städtische Irrenanstalt zu Dalldorf“ XV, 370), „Berichterstattungen des Vereins in den Jahren 1867—1872“, pileptisches Irresein. Anklage wegen betrüglichen Bankerottes“ (XLIII, f. Diesen Vorträgen fügte er später hinzu den Aufsatz: „Carl Wilhelm der und seine Stellung in der Entwicklung der Medizin“ (LI, 851).

Einst bei alten und jungen Fachgenossen und ebenso in weiteren isen beliebt und geschätzt, jetzt an der Stätte seiner langjährigen Wirkkeit nur noch uns Älteren in freundlicher Erinnerung, dem heranchsenden Geschlecht aber fast unbekannt, verdient unser *Ideler*, der zur wicklung der Psychiatrie in seiner Vaterstadt und weiter hinaus nach n ihm verliehenen Kräften beigetragen hat, es wohl, daß sein Andenken rufen und der Zukunft aufbewahrt werde. *L.*

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.[1])

ie Sendung der Anstaltsberichte an die Anstalt Langenlois ist einzustellen, da die letztere aufgelassen ist.

Druckfehler.

Im Verzeichnis der Mitarbeiter des vorigen Heftes ist Dr. *Albrecht* eine ile weiter unten zu setzen.

---

[1]) Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.

Heinr. Lachr.

Digitized by Google

Personal-Nachrichten.

Dr. phil. u. med. *W. Weygandt*, Privatdoz. u. Leiter der Poliklinik f. Psych. in Würzburg, ist Prof. eo. geworden.

Dr. *Hans Gudden*, Privatdoz., hat Titel u. Rang eines Prof. eo. u. Leiters der Poliklinik für Psychiatrie an der Univ. zu München erhalten.

Dr. *Gust. Aschaffenburg*, Dozent, Prof. u. dir. Arzt der Irrenabt. am Strafgefängnisse zu Halle, hat den Ruf als Mitglied u. Prof. der Psychiatrie an der Akademie f. pr. Med. in Köln angenommen.

Dr. *Paul Brie*, Oberarzt der Prov.-Heilanstalt zu Bonn, ist zum Direktor der zum 1. Mai 1905 zu eröffnenden Provinzial-Heilanstalt der Rheinprovinz. Johannestal bei Türkstein, Kreis Kempen, ernannt.

Dr. *Otto* ist dirig. Arzt der Privatheilanstalt f. psychisch Kranke in Schloß Pfullingen geworden.

Dr. *Wilh. Deiters*, 3. Arzt der Prov.-Heilanstalt zu Andernach, ist zum Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt zu Bonn ernannt.

Dr. *Fedor Schuchardt*, Prof., Obermed.-Rat u. Dir. der Landesheilanstalt zu Gehlsheim u. der psych. Klinik zu Rostock, ist zum Geh. Medizinalrat ernannt worden.

Dr. *Ed. Petersen*, Dir. d. Prov.-Heilanstalt zu Brieg,

Dr. *Bert. Dluhosch*, Dir. der Prov.-Heilanstalt zu Kosten,

Dr. *Fr. Umpfenbach*, Oberarzt der Provinzial-Heilanstalt zu Bonn, haben den Charakter als Sanitätsrat erhalten.

Dr. *Carl Pelman*, Prof., Geh. Med.-Rat in Bonn, hat den Kgl. Kronenorden 3. Kl. erhalten.

Digitized by Google

Beitrag
zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit.

Von

Oberarzt Dr. **A. Schott**, Weinsberg.

Im folgenden sollen zwei Fälle von Katatonie im Hinblick auf ihren Entwicklungsgang beschrieben werden. Da bei beiden die irrenärztliche Beobachtung sich auf einige Jahre erstreckt und die Untersuchung der beiden Kranken des öfteren in eingehender Weise stattgefunden hat, so darf die Schilderung als ziemlich zutreffend bezeichnet werden. Von Bedeutung war vor allem, daß beide Patienten geraume Zeit unter der Diagnose Neurasthenie segelten und daß bei Fall II auch die irrenärztliche Beobachtung lange nicht im Stande war, den wahren Krankheitsprozeß klarzulegen. Es dürfte wohl draußen in der Praxis nicht zu selten vorkommen, daß eine Psychose länger oder kürzer dem Untersucher bezw. Gutachter als Neurasthenie imponiert. Da derartige Verkennungen natürlich sehr bedeutungsvoll sind, so sollen die folgenden beiden Fälle eine Illustrierung des Werdegangs der psychischen Störung für einen gewissen Zeitraum geben. Das Studium der durch *Kraepelin* in Fluß gebrachten Dementia praecox-Frage liefert bei ihrer Vielseitigkeit der Erscheinungsformen und den fließenden Übergängen so zahlreiche Berührungspunkte mit anderen Psychosen und auch Neuropsychosen, daß vielfach das Gefühl der Unsicherheit den Beobachter ergreift und er bis jetzt vielfach vergeblich nach festen Stützpunkten im bunten Wechsel der Erscheinungen sucht und tastet. Finden wir so auf der einen Seite eine Unsicherheit, so ist andererseits mit Genugtuung festzustellen, wie auf allen Seiten gearbeitet wird und überall ein

Digitized by Google

eifriges Bestreben zutage tritt, um Klärung und Sichtung zu ermöglichen. Die Urteile über viele Punkte sind mitunter deshalb auseinandergehend, weil der eine Forscher nur mit dem jeweiligen Zustandsbilde sich befaßt und daraus seine Schlüsse zieht, während der andere sein Augenmerk auf die Verlaufsform und das Endprodukt der psychischen Störung richtet.

Fall I. E. K. aus R., evangelisch, ledig, Versicherungsbeamter, geboren den 31. Mai 1871.

K. wurde im Oktober 1900 in einem Krankenhaus zu S. wegen mancherlei nervöser Beschwerden behandelt. Er klagte damals über Hitze im Kopf, häufigen Kopfdruck, war reizbar und aufbrausend. Die interne Untersuchung ergab „auffallend schwache Herztöne, Abkürzung der rechten Lungenspitze". sonst kein Befund. Die Behandlung war eine roborierende und durch laue Vollbäder beruhigende. Da die Klagen sich nicht verloren, im Gegenteil immer heftiger wurden, wurde abends Brom ordiniert. Nach 14tägigem Krankenhausaufenthalt verlangte K. in gereiztem Tone seine Entlassung, welche ihm auch gewährt wurde. Die Diagnose wurde auf „Neurasthenie" gestellt.

Am 26. April 1901 begibt sich K. freiwillig in die psychiatrische Klinik zu T., um sich hier behandeln zu lassen.

Aus dem ärztlichen Gutachten des ihn seither behandelnden Arztes Dr. M. entnehmen wir: Im Jahre 1888 machte K. Scharlach durch; seit August 1900 leidet er an Nervosität mit Angstgefühl. Seine Beschwerden bestehen in: „gewaltsamem innerem Druck nach oben, furchtbarer Nervosität, kolossalem Angstgefühl, kolossalem innerem Gegendruck der Masse, Bewegungen einer Masse im Kopf, die sich durchdrückt", unwiderstehlichem Drang Schweinereien zu sprechen und schmutzige Ausdrücke zu benützen, Unmöglichkeit wegen Nervosität zu arbeiten, Zwangsvorstellungen auf sexuellem Gebiet. Erbliche Belastung angeblich nicht vorhanden. Der objektive Befund ist: RV unterhalb der clavicula rauhes Atmen. Herz ohne Besonderheit. Reflexe normal.

Intellekt nicht nachweisbar vermindert. Die Zwangsvorstellungen auf sexuellem Gebiet würden nach Ansicht des Dr. M. den K. bald mit dem Strafgesetz in Konflikt bringen.

Diagnose: „Neurasthenie mit Zwangsvorstellungen wesentlich sexueller Art. Erwerbsfähigkeit völlig beeinträchtigt. Dauernde Erwerbsunfähigkeit ist zu besorgen." K. verhält sich bei der Aufnahme durchaus geordnet und korrekt, kommt willig den ärztlichen Aufforderungen nach. Eine sofort vorgenommene Exploration ergibt folgendes: Keine Heredität. Als Kind rote Flecken; in der Schule nicht besonders gelernt; in Mathematik immer schlecht, in den Sprachen gut. Einjährigenexamen absolviert. 1888/89 gedient als Einjährig-Freiwilliger — einmal drei Tage Mittelarrest wegen

Digitized by Google

Urinierens auf öffentlicher Straße; mit Führung „gut" entlassen. November 1889 Eintritt bei der Post, im ganzen war K. 5 Jahre im Postfach tätig. In diesem Fach sei es ihm schlecht gegangen, er sei zweimal im Examen durchgefallen, deshalb habe er diesen Wirkungskreis verlassen. K. gesteht lachend ein, daß er eben zu wenig gearbeitet habe. Während seiner Postdienstzeit sei er mehrfach wegen kleiner Vergehen bestraft worden. Einmal sei er in der Trunkenheit mit einem Vorgesetzten in Konflikt geraten, sein Dienstaustritt sei im Oktober 1894 freiwillig erfolgt. Mit seinen Angehörigen geriet K. mehrfach in Streitereien. Im Jahre 1895 trat er in S. beim Telegraphendienst ein und blieb dabei zirka 1 Jahr, er sei aus dieser Stellung wegen dienstlicher Konflikte entlassen worden.

Von 1896 bis 1900 wechselte K. zweimal die Stellung. Seit 1. August 1900 ist er ohne Beschäftigung. Er sei sehr krank geworden infolge des vielen Ärgers, welchen er in seiner letzten Stellung gehabt habe. Es sei ihm dort so vorgekommen, als werde er absichtlich verhetzt, über ihn gespottet etc. Sein Befinden sei seither ein wechselndes, bald etwas besser, bald schlimmer, gewesen. Jetzige Beschwerden? — „Ich spüre immer, daß sich etwas in meinem Rücken hin- und herbewegt und steigt mir immer in den Kopf, hauptsächlich vor bis in die Stirne herein und bis in die Nasenspitze verspüre ich es manchmal. Ich spüre auch, daß sich in den Halsmuskeln etwas bewegt. Mein ganzer Kopf füllt sich manchmal mit Masse an." Masse? — „Ich vermute, daß dies Naturstoff ist oder Blut. Ich kann das nicht selbst sagen."

Was fühlen Sie noch? — „Kolossale ängstliche Nervosität, ein kolossales Angstgefühl hauptsächlich im Kopf."

Vor was Angst? — „Ich habe eigentlich vor nichts Angst — aber ich habe immer ein konstantes Angstgefühl. Durch Gefühlseinwirkungen spüre ich manchmal, daß es leichter wird." — „Dann spüre ich manchmal, wie es mein ganzes Gehirn zusammenziehen wollte, hauptsächlich im Mittelpunkte der Stirne. Und dann spüre ich manchmal, wie wenn sich unter der horizontalen Kopffläche manchmal etwas hin- und herbewegen wollte. Und dann spüre ich manchmal, wie wenn sich etwas von innen gegen die Ohren hereinlegen wollte und ginge dann wieder hinaus."

Sonst noch etwas gespürt? — „Nein — ein klein wenig Schmerzen in der Stirne und Kopf und dann habe ich schon früher bemerkt, wie sich beim Stuhlgang und beim Urinieren Stoff absondern wollte. Ich habe erst vorgestern bemerkt, daß beim Urinieren ein weißer Strahl sich absonderte."

Auf weitere Fragen des Arztes „sonst weiß ich nichts, Herr Doktor. Bis an das Zahnfleisch herein habe ich es schon gespürt, jetzt ist es nicht mehr so arg. Das sind meine Klagen auf körperlichem Gebiete."

Psychisch ganz gesund? — „Auf geistigem Gebiete fühle ich mich nicht ganz gesund durch die Zusammenziehungen. Ich habe eben manchmal Schmerzen im Gehirn durch die Zusammenziehung. Es kommt mir vor, als

Digitized by Google

ob meine Stirne bedeutend schmäler wäre als vor einem Jahre.“ Denken geht gut? „Nicht ganz gut, Herr Doktor.“

Warum nicht? — „Wenn ich mich manchmal besinne, es fällt mir eben nicht ein.“

Wodurch kommt dies zustande? — „Ich glaube dadurch, daß ich spüre, daß mir die Masse vom Rücken in den Kopf hereingeht und sich durch die Halsmuskeln bewegt.“

Wer ist an diesen Quälereien Schuld? — „Das war meine Umgebung im Geschäft — ich habe mich da immer fürchterlich geärgert.“

Wodurch wurden die Leiden bewerkstelligt? — „Wenn ich mich über etwas ärgere, so spüre ich eben, daß sich diese Masse wieder nach oben bewegt.“

Feinde? — „Ich glaube nicht, daß ich Feinde hätte — ich glaube zwar, daß ich Feinde habe, die es nicht so gut mit mir meinen.“

Werden Sie verfolgt? — „Ich habe manchmal so ein Gefühl. Ich habe manchmal das Gefühl, wie wenn ich in meinen Ohren immer etwas sprechen hören würde.“

Stimmen? — „Ja — die ich manchmal im Ohre vernehme. Dann meine ich manchmal, wenn jemand mit mir spreche, er wolle mir eine Rüge erteilen und davor habe ich eine ängstliche Empfindung.“

Was sagen die Stimmen? — Wenn ich manchmal so etwas vor mich hinsage, so ist es mir, wie wenn ich es in der Ferne hören würde.“

Hören Sie auch Ihre eigenen Gedanken? — „Ja — das habe ich auch schon gehört. Das ist allerdings nur dann, wenn ich in Gedanken etwas vor mich hinsage.“

Haben Sie ein Gefühl der Veränderung? — „Ja — erst seit einigen Wochen.“

Wie erklären Sie sich dies? — „Das kann ich mir selbst nicht erklären, Herr Doktor. Vielleicht dadurch, daß mir die Masse in den Kopf dringt.“

Wer ist daran schuld, daß diese Masse in ihren Körper drang? — „Das kann ich nicht sagen. Ich kann mich wegen Geringfügigkeiten so ärgern — daß es vielleicht vom Ärger gekommen ist.“

Über die Masse vermag Patient keinen nähern Aufschluß zu geben, erwidert auf alle derartigen Fragen nur: „ich spüre es eben, Herr Doktor.“

Haben Sie schon befürchtet, geisteskrank zu werden? — „O nein — ich glaube nicht“ ohne Affekt erfolgt die Antwort.

Sind Sie sich bewußt, daß eine Reihe Ihrer Vorstellungen krankhaft ist? — „Eigentlich nicht, Herr Doktor. Das heißt, ich kann mir den Vorgang nicht erklären, Herr Doktor. Daß ich in den Ohren das höre, was ich in Gedanken vor mich hinspreche, kann ich mir nicht recht vorstellen.“

Halten Sie dies für krankhaft? — „Ich glaube, daß das krankhaft sein muß, denn ich habe das früher nicht gehört.“

Digitized by Google

Fremde Einwirkungen sind dabei nicht im Spiele? — „Sonderbar ist es mir schon vorgekommen."

An was dachten Sie denn? — „Ich vermute blos, daß, wenn die Masse in den Kopf geht, es damit zusammenhängt."

Fällt Ihnen das Denken manchmal schwer? — „Ja, ich habe früher besser denken können."

Haben Sie sich in betreff Ihrer Persönlichkeit und Ihrer Zukunft schon irgend welche Gedanken gemacht? — „Ich habe gedacht, ich werde wieder gesund und könnte wieder meinem Beruf nachgehen und auf einem Bureau tätig sein."

Haben Sie mitunter das Gefühl, auf der Straße eigentümlich angesehen zu werden? — „Das ist mir schon vorgekommen, daß man mich auffällig hat angesehen oder vielmehr man hat mich ausgelacht. Das ist mir früher schon passiert, daß man mich so eigentümlich hat angelächelt. Den Grund dafür weiß ich nicht."

Was dachten Sie sich dabei? — „Ich habe mir eigentlich weiter nichts dabei gedacht, es ist mir bloß auffallend vorgekommen."

Wie erklären Sie sich dieses auffallende Gebaren? — „Da kann ich mir kein Bild davon machen."

Glaubten Sie auch schon, daß auf der Straße oder in öffentlichen Lokalen über Sie gesprochen werde? — „Früher habe ich auch schon geglaubt, daß über mich gesprochen wird."

Glauben Sie, zu etwas Besonderem bestimmt zu sein? — „O nein."

Erscheinungen? — „An der Wand habe ich schon manchmal eine Figur gesehen, aber ich konnte mir kein Bild machen."

Wie sah die Figur aus? — „Das kann ich nicht mehr so genau sagen. Es war, glaube ich, eine weiße Erscheinung. Das ist mir aber schon lange passiert."

Was dachten Sie dabei? — „Ich habe weiter nichts dabei gedacht, ich habe eben etwas Angst bekommen."

Wie erklären Sie sich diese Erscheinung? — „Das kann ich mir nicht vorstellen, Herr Doktor."

Ist dies etwas Krankhaftes? — „Ich weiß nicht, vielleicht ist es bloß Lichtbelle gewesen."

Eigentümlicher Geruch? — „Nein."

Eigentümlicher Geschmack? — „Nein."

Auf Befragen: — „Meine Schwester hat einmal zu mir gesagt, ich hätte ihr eine Wurst, die sie mir anbot, zurückgegeben mit den Worten „ich esse sie nicht, da ist Gift darin, du willst mich vergiften." „Ich selbst wußte das nicht mehr."

Glauben Sie an die Möglichkeit eines solchen Vorhabens? — „Nein."

Nach Potus befragt, gibt er an, zeitweise exzediert zu haben. Gonorrhoe und Masturbation zugegeben. Sexuelle Exzesse negiert. Geschlechtlicher Verkehr finde in normaler Weise statt. Potenz soll nicht abgenommen

Digitized by Google

haben. Schlaf wechselnd, durchschnittlich fünf bis sechs Stunden, häufig mit Träumen einhergehend, letztere sollen nicht schreckhaft sein. Appetit gut. Stuhlgang geregelt. Wasserlassen beschwerdefrei. Sonst keinerlei körperliche Beschwerden in Erfahrung zu bringen.

Stimmung? — „Ich habe eben Angstgefühle."

Vor was Angst? — „Unbestimmte Angst."

Geraucht will K. zeitweise viel haben.

Eine eingehende körperliche Untersuchung ergibt: Mäßiger Ernährungs- und Kräftezustand, blasse Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Keine Lähmungserscheinungen von seiten des Zentralnervensystems. Rechte Supraclaviculargrube etwas tiefer eingesunken als linke: perkutorisch kein sicherer Befund.

Übrige Organe gesund.

Würgreflex nicht auszulösen.

Bauchdecken- und Cremasterreflex lebhaft.

Kniephänomen, Achillessehnen- und Plantarreflex, Periostreflex an den oberen Extremitäten erhöht.

Feinwelliger Tremor manuum. Kein Romberg. Lebhaftes Zittern der geschlossenen Lider. Mechanische Muskelerregbarkeit und vasomotorisches Nachröten deutlich.

Motilität und Sensibilität gehörig.

Es kontrastiert das angeblich bestehende „kolossale Angstgefühl" mit dem äußern Verhalten des Kranken, der sich ganz gemütlich mit dem Arzte unterhält. Befinden in den nächsten Tagen wechselnd, klagt vielfach über Schlaflosigkeit und Spannung im Kopfe.

1. Mai 1901. Eigentümlich gespannter Gesichtsausdruck, zurückhaltendes, verschlossenes Benehmen, will heute frei von Belästigungen sein. Die weiche Masse sei ihm ganz abhanden gekommen, er sei innerlich ganz leer. Steht in der Frühe schon auf, läuft ruhelos umher. Gesichtsausdruck finster, gibt keine nähere Auskunft.

11. Mai. Separiert sich von den andern Kranken, Gesichtsausdruck meist finster. Bittet um Ausgang, der ihm gewährt wird, den er aber nicht benützt und zwar mit der Motivierung: „Ich habe so süßliche Gefühle in mir gespürt heute morgen, hauptsächlich im Blut und im Mittelpunkt vom Körper."

Worin bestanden sie? — „Über den ganzen Körper kam es mir vor, ich kann es nicht bestimmt sagen, als ob mein Blut süß wäre, dieses Gefühl habe ich gehabt."

Wie erklären Sie sich das? — „Ich bin heute morgen mit einem Herrn in ein Gespräch getreten. Gegenüber dem habe ich die Bemerkung geäußert, er solle nur fest hinstehen."

Wie meinten Sie das? — „Ich wollte ihn nicht beleidigen, sondern ich bin sonst ziemlich heiterer Natur und fidel angelegt. Ich habe nichts weiter dabei gedacht, daß mir der Herr das übel nimmt. Das ist meine Art, Ge-

Digitized by Google

wohnheit vielmehr, aber ich meine es nicht beleidigend. Er sagte, das sei seine Sache. Darauf sagte ich: „gewiß". Damit war der Fall erledigt. Dann kam er aber nach kurzer Zeit wieder herein. Ich sagte, mit ihm könne man sich scheints nicht gut unterhalten. Das sei nur Spaß von mir gewesen. Er ist mir dann in ziemlich grober Weise entgegengekommen. Daraufhin hat er mich einen Lausbuben geheißen und er haue mir eins runter und ähnliches mehr. Und (besinnt sich lange) hat zum Schluß noch den Ausdruck Staatsanwaltschaft gebraucht."

Mit Bezug auf Sie? — „Das kann ich nicht sagen, ich habe mich wenigstens nicht getroffen gefühlt. Ich vermute, daß das schlecht auf mich gewirkt hat, daß das den schlechten Zustand in mir hervorgerufen hat. Ich habe mich darüber sehr geärgert."

Sonst seien ihm noch nie Schimpfworte nachgerufen worden.

„Als der Herr zum zweiten Male hereinkam, da hatte ich einen heftigen, inneren Drang. Ich mußte mich noch einmal an ihn wenden wegen des Ausspruchs, es sei seine Sache, obwohl ich glaube, daß er ganz recht gehabt hat. Aber besonders der Ausdruck „Staatsanwaltschaft" hat mich kolossal angegriffen. Meine Absicht besteht, den Herrn deshalb zur Rede zu stellen, ich will bloß noch einen geeigneten Zeitpunkt abwarten, wenn ich nicht mehr so kolossal erregt bin." (Tatsächlich hat ein Konflikt mit einem Kranken stattgefunden.)

Sonstige Klagen? — „Ja ich fühle, daß mein Zustand in Ihrer Gegenwart schlimmer wird, ein Rieseln über den ganzen Körper, auch fühle ich mein Blut wieder süßer und im Mund habe ich einen kolossal säuerlichen Geschmack und ein Schaudern im ganzen Körper."

Auf Befragen gibt K. an, er glaube nicht, daß Ref. mit „Schuld und Absicht" das tue, daß seine Gegenwart aber die Ursache sei, daß seine Angstgefühle gesteigert werden."

Stimmen zu hören bestreitet er. Er fühle sich momentan in ziemlich aufgeregtem Zustand. Vor zwei Tagen sei er so schlimm daran gewesen, daß er geglaubt habe, sein Ende stehe unmittelbar bevor. „Wie gesagt, ich muß Ihnen aufrichtig sagen, ich habe die Todesangst auf mir gehabt. Ich besaß noch soviel Kraft, sie zu überwinden. An meinem linken Arm hatte ich ganz hellrotes Blut, einen Strom wie Zinnober. Aber der Zustand hat sich damals doch gebessert. Ich habe deutlich gespürt, wie sich bei mir alles zusammenzog, tropfenweise von den Beinen herauf und vom Kopf. Das hat sich am Herzen konzentriert und dann vibriert am Herzen, immer stärker vibriert, bis ich glaubte, jetzt ist es am Ende. Dann hat es sich zersetzt."

Patient bringt dies alles in überstürzter Rede vor und hält nach jedem Satz längere Zeit inne, spricht die Vermutung aus, daß er an „cynischen Wehmutsgefühlen" leide.

20. Mai. Die Beschwerden steigern sich von Tag zu Tag; der Kranke schildert seine Empfindungen in eigenartiger Weise, wie folgt:

Digitized by Google

Was fühlen Sie heute? — „Ich spüre immer, daß sich eine Masse im Körper hin- und herbewegt. Den Ausdruck dafür kann ich nicht bezeichnen."

Wie kam die Masse in den Körper? — „Ich denke mir, daß diese Masse schon länger drinne ist."

Wie stellen Sie sich die Masse vor? — „Ich stelle mir das vor, wie wenn das Brei wäre, so habe ich das Gefühl."

Aus was besteht der Brei? — „Das kann ich nicht sagen. Der Brei ist manchmal kalt, manchmal warm und manchmal furchtbar heiß."

Wodurch wurden Sie krank? — „Ich vermute, daß meine ganze Krankheit vom Ärger herrührt."

Wie würden Sie Ihr Leiden bezeichnen? — „Ich habe ein konstantes Angstgefühl."

Von welchem Körperteil geht das ganze Leiden aus? — „Ich spüre im Mittelpunkt meiner Stirne immer einen kleinen Druckschmerz, da äußerte sich ein Schmerz in Form von einem Druck." „Mitunter habe ich das Gefühl, als ob ich innerlich tropfe."

Vorübergehend gelingt es, den Kranken etwas zu beschäftigen, aber schon nach kurzer Zeit stellt er die Arbeit wieder ein mit der Begründung, daß er sich kolossal in seinen Nerven angegriffen fühle. Geschraubte Rede- und Schreibweise, militärische Haltung.

19. Juni. Auf Grund von Gehörshalluzinationen erregt und drohend: bittet im Anschluß an Konflikte mit seiner Umgebung Ref. um eine Unterredung, welche ihm gerne gewährt wird und aus der wir folgendes entnehmen:

„Ich habe in der letzten Zeit Worte gehört und zwar immer dieselben, „was ist denn dabei — in einer Viertelstunde ist alles vorbei." Ich habe das auf mich bezogen, ich bin nämlich immer der Meinung, als ob man mir den Standpunkt klarmachen wollte. Diese Worte lassen mir in den letzten Tagen fast keine Ruhe. Ich weiß nicht, wie ich mir das vorstellen soll und fühle mich dadurch sehr beängstigt, macht mir aber weiter nichts aus in meinem vermutlichen Wohlbefinden, so daß ich der Annahme sein kann, daß sich das vielleicht nach meiner Vermutung, aber das weiß ich nicht, mit der Zeit von selbst verlieren könnte und zwar glaube ich dadurch, daß mir eine beruhigende Umgebung dadurch geschaffen werden könnte, daß ich längere Zeit an einem Ort mich aufhalten dürfte, an welchem sich nicht so viele Leute befinden. Ich würde mich deshalb zufrieden geben, wenn mir noch die Möglichkeit gnädigst bewilligt werden könnte, daß der Herr Doktor geneigtest dafür Sorge tragen möchte, gerade eben den vorbezeichneten Ausdrücken dadurch ausgesetzt zu sein, mich der Umgebung der Patienten dritter Klasse für längere, für gewisse Zeit zu entziehen. Gerade eben in der Umgebung dieser Patienten sind mir in den letzten Tagen diese Ausdrücke aufgefallen, kann mich aber nicht vergewissern, ob diese Ausdrücke wirklich ausgesprochen wurden, oder ob es vielleicht blos eine leere Annahme von mir ist. Ich möchte dabei ergebenst und geneigtest seitlich des Herrn Doktors als be-

Digitized by Google

handelnden Arztes untertänigst bitten, darüber Recherchen anstellen zu wollen und mir gelegentlich dieselben gnädigst in Erfahrung bringen zu lassen. Sollte daher diese Annahme von mir ungerechter Weise angenommen worden sein, so bin ich nicht in der Lage, angeben zu können, wie ich diese Ausdrücke gehört haben sollte."

In der nächsten Zeit lebhafte Gehörstäuschungen, welche K. auf seine Umgebung projiziert, und intensiver Beziehungswahn zu konstatieren.

9. Juli 1901. Wie geht es Ihnen? — „Ich spüre immer noch diese ängstlichen Gefühle und fühle mich sehr beunruhigend."

Woher rührt dies? — „Ich kann mir das eigentlich selbst nicht erklären. Ich weiß selbst nicht, es ist mir ganz eigentümlich innerlich, wie wenn ich verletzt wäre. Es ist mir, wie wenn ich innerlich eine Haut hätte, welche sich zusammenzieht und wieder ausdehnt, ich vermute, daß dies mit diesen ängstlichen Gefühlen zusammenhängt."

Sind Sie krank? — „Ja, ich halte mich für krank, Herr Doktor."

Welche Krankheit? — „Das kann ich eigentlich selbst nicht sagen. Ich fühle mich eben innerlich beunruhigend und habe immer die ängstlichen Gefühle. Es kann möglich sein, daß ich überhaupt ängstlicher Natur bin."

Wo glauben Sie, daß der Sitz der Krankheit ist? — „In meinem Körper, in mir drinnen, in dem Innenraum des Körpers."

Welcher Teil Ihres Körpers ist erkrankt? — „Ich glaube die Nerven und das Blut, beides zusammen."

Wodurch entstand diese Erkrankung? — „Das kann ich selbst nicht sagen. Ich bin eine solche Natur, welche sich über Kleinigkeiten aufregt und ärgert, ich vermute, daß es vom Ärgergefühl herrührt."

Sind Sie gemütskrank? — „Ja, ich vermute, Herr Doktor."

Woraus vermuten Sie dies? — „Weil ich nicht mehr dieses Temperament wie früher. Ich bin nicht mehr so regelmäßig heiter wie früher. Seit ungefähr zwei Jahren habe ich ein ganz anderes Temperament. Ich bin nicht immer gleicher Stimmung."

Wie würden Sie Ihre Krankheit bezeichnen? — „Ich glaube, daß es sich um eine Gefühlsgemütskrankheit beängstigender und unruhiger Natur bei mir handelt."

Hat an Ihrer Erkrankung eine fremde Person eine direkte Schuld? — „Jawohl, Herr Doktor."

Wer ist dies? — „Eine Person, die im letzten Geschäft war, wo ich tätig war. Ich gebe aber diese Person, ich mache diese Person aber nicht ganz allein dafür verantwortlich."

Wollen Sie gegen diese Person gerichtlich vorgehen? — „Wenn die Möglichkeit vorhanden ist, jawohl."

Haben Sie Beweise für die Richtigkeit Ihrer Vermutung von fremder ungünstiger Beeinflussung? — „Eigentliche Beweise habe ich nicht."

Aber Vermutungen? — „Vermutungen wohl."

Worauf gründen sich diese? — „Dadurch, daß ich es nach einem

Digitized by Google

Merkungsgefühl genau beobachtet habe, daß diese betreffende Person d spezielle Absicht hatte, mich fortwährend durch Bemerkungen eigener Tons und sonderbare Handbewegungen beim Erklären schriftlicher Auseinande setzungen es speziell darauf abgesehen hatte, mich zu reizen. Ich war ab nicht in der Lage, derartigen Bemerkungen und Bewegungen regelmäßig en gegenzutreten und dadurch hatte ich die Vermutung, daß ich nun meine de zeit innehabende Krankheit darauf begründen kann."

Haben Sie sonst noch Feinde? — „Nein."

Hier im Hause? — „Nein."

Glauben Sie, daß die betreffende Person aus Ihrer Erkrankung ein Vorteil zieht? — „Nein, das glaube ich nicht."

Warum tut sie es? — „Eben um mich zu reizen."

Wie denken Sie sich Ihr künftiges Leben? — „Das kann ich je noch nicht sagen, solange ich nicht meine volle Gesundheit wieder erhalt habe."

Glauben Sie wieder gesund und arbeitsfähig zu werden? — „Das ka ich nicht sagen."

Aber Sie hoffen es? — „Ich hoffe es und habe die Vermutung."

Seit wann ist denn Ihr Gefühlsvermögen so fein entwickelt? — „I kann ich mich nicht genau erinnern, aber ich vermute seit zwei bis d Jahren, seit einigen Jahren."

Wodurch kam dies? — „Das kann ich eigentlich nicht sagen, ich v mute, daß dies vom Gefühlsärger herrührt."

Haben Sie auch angenehme Gefühle? — „Jawohl."

Wie sind dieselben? — „Daß ich ein gewisses Wohlbehagen in mir em finde, sie sind zwar äußerst selten."

Wobei empfinden Sie z. B. Wohlbehagen? — „Wenn ich eine beruhigen Umgebung fühle. Ein eigentliches Wohlbehagensgefühl, so wie ich es frü gehabt habe, vor zwei bis drei Jahren, empfinde nicht mehr."

Hat sich Ihr Befinden seit Ihrem Hiersein verschlechtert oder verbessert? „Ich meine, es hat sich etwas verschlechtert gegenüber dem Anfang."

Woran liegt da die Schuld? — „Ich vermute, daß die Schuld daran li indem ich gleich zu Anfang mit einem Herrn eine wörtliche Auseinand setzung gehabt habe, über welche ich mich derart geärgert hatte nach mein Erinnerungsvermögen, daß sich von jenem Zeitpunkt an fortwährende wegungen in meinem Körper fühlbar machen. Mein Befinden hat sich jenem Zeitpunkt abwechselnd wieder gebessert, teils verschlimmert, was auf verschiedenartige Gefühlseinwirkungen zurückzuführen glaube, welche anzugeben nicht in der Lage bin."

Wie sind die Bewegungen in Ihrem Körper? — „Ich fühle Teile s bewegen in meinem Körper, welche sich manchmal aufwärts, manchmal abwä bewegen, ebenso auch Loslösung derartiger Teile im Kopf, welche ich e auf diese Gefühlseinwirkungen zurückzuführen glaube."

Digitized by Google

Schlaf? — „Manchmal gut, manchmal aber auch sehr schlecht. Im rchschnitt schlafe ich meistens nur von Mitternacht ab."

Woher rührt das? — „Diese Schlaflosigkeit vermute ich auch eben auf Einwirkungen verschiedenartiger Gefühle zurückzuführen."

Appetit? — „Ist durchschnittlich ordentlich."

Gift im Essen vermutet? — „Das hatte ich zu Anfang ein einziges Mal habt, so viel ich mich erinnern kann."

Was vermuteten Sie damals? — „Ich habe vermutet, daß da Cyankali rin wäre."

Wie kamen Sie auf diese Vermutung? — „Das weiß ich eigentlich selbst cht. Ich habe einen eigentümlichen Geruch damals im Essen verspürt."

Von wem glauben Sie, daß dieser Vergiftungsversuch ausging? — „Das nn ich eigentlich selbst nicht sagen."

Warum hat Ihnen das Essen damals nicht geschadet, wenn Cyankali rin war? — „Ich bin nachher doch, am andern Tage bin ich der Ver- utung geworden, daß dies scheints nicht der Fall war."

Stuhlgang? — „Der Stuhlgang war im letzten Tage sehr häufig, ich tte Abweichstuhlgang."

Wodurch kam dies? — „Ich vermute, daß dies mit dem Essen zu- mmenhängend war, indem wir vorgestern Sauerkraut hatten. Vielleicht ß es auch mit der Bewegung in frischer Luft zusammengehängt ist."

Beschwerden dabei? — „Nein."

Gehirn? — „Ich glaube, daß da Störungen vorhanden sind."

Welcher Art? — „Indem ich bereits fortwährend Bewegungen, Los- sungen solcher Teile im Gehirn spüre."

Wie erklären Sie sich dies? — „Ich vermute, daß das eben durch das ängstigende, beunruhigende Gefühl, welches sich in meinem Körper befindet, rvorgerufen wird."

„Haben Sie bei diesen Loslösungen Gefühle? — „Ängstliche Gefühle."

Kein Schmerz? — „Schmerzen nicht."

Fühlen Sie eine Erschwerung des Denkens? — „Ja manchmal."

Beschreiben Sie diesen Zustand? — „Im allgemeinen halte ich mein enkungsvermögen für normal, jedoch habe ich mitunter Momente, in welchen h mich zuerst wieder besinnen muß, um auf das vorgelegene Thema zu- ckzukommen und vermute ebenfalls, daß das auch auf verschiedenartige efühlseinwirkungen zurückzuführen ist."

Stimmung? — „Im allgemeinen gar nicht wohlbehagend, teils habe ich ne Humorstimmung teils eine Schwermutsstimmung, teils eine Sentimentalitäts- immung; im allgemeinen macht sich eben fortwährend ein Wechsel in der immung bei mir bemerkbar."

Gedächtnis? — „Gedächtnis halte ich für normal, glaube ich, normal sein."

Augen? — „Sehkraft verändert, manchmal sehe ich ordentlich, manch- al erscheint mir aber derselbe Punkt bereits garnicht mehr."

Digitized by Google

Gehör? — „Gehör ordentlich, normal, manchmal ist das Gehör wechselnd."
Stimmen? — „Nein."
Früher? — „Ja."
Geruch? — „Normal, glaube ich."
Geschmack? — „Auch gut."
Zunge? — „Das weiß ich nicht. In der Zunge spüre ich immer dieselben angenehmen Gefühle."
Zähne? — „Mit den Zähnen habe ich keine Beschwerden."
Auch bezüglich der andern Organe (Leber, Magen, Därme, Nieren Blase) gibt K. keinerlei Beschwerden oder Veränderungen an, ebensowenig geschlechtliche Sensationen oder Verfolgungen.
Glauben sie, daß es Leute gibt, welche Ihre Gedanken kennen? — „Nein."
Hören Sie manchmal, Ihre Gedanken Ihnen laut vorgesprochen? — „Ja."
Wie erklären Sie sich dies? — „Das kann ich nicht sagen. In letzter Zeit habe ich das nie empfunden, aber so viel ich mich erinnern kann, ist das schon da gewesen, aber das ist schon längere Zeit her."
August 1901. Zunehmende Reizbarkeit, kommt auf Grund unangenehmer Gehörshallucinationen mehrfach mit seiner Umgebung in Konflikt, intensiver Beziehungswahn, eigene Wortbildungen, geschraubte Ausdrucksweise, manieriertes Gebahren; ist mit der ärztlichen Behandlung unzufrieden, macht aber nicht Gebrauch von der Erlaubnis, sich anders wo behandeln zu lassen.
15. September 1901. Die gereizte Stimmung nimmt zu. Patient schreit in seinem zornigen Affekt oft fürchterlich, wird dabei ganz blaß im Gesicht und zittert am ganzen Körper. Bis jetzt blieb es bei Androhung von Gewalttaten. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl, keine Krankheitseinsicht zur Zeit. Patient äußert noch häufig in seiner schwülstigen, manierten Sprechweise seine schweren hypochondrischen Vorstellungen, ist sehr mißtrauisch gegen seine Umgebung, von welcher er sich verfolgt und vergiftet wähnt. Referent habe ihm in seine Milch geschlechtlich erregende Substanzen hineingemischt, so daß er nachts onanieren müsse; fordert Ref. auf, folgendes zu Papier zu bringen: „Ich bin heute nachmittag auf dem Bett gelegen und habe mich etwas gewendet und als ich mich wendete, spürte ich auf der linken Seite einen kolossalen Stichschmerz und gleich darauf hatte ich das Gefühl, als wenn momentan eine vollständige Herzlähmung eintreten würde und ich meiner Auflösung entgegengehen soll. Nebenbei verspürte ich noch, wie wenn etwas in mir verschrägt wäre. Ich hatte das Gefühl, wie wenn verschräg gestellt wäre und fühle mich jetzt etwas in meinem Lebensmut beschränkt. Das kann ich vielleicht mit damals in Zusammenhang bringen, wo ich Medikamente im Essen spürte, doch weiß ich es nicht genau."
November 1901: Die physikalischen Verfolgungsideen ziehen immer weitere Kreise. K. ist dauernd in zornmütiger Stimmung, so daß es auch schon zu Tätlichkeiten bei ihm kam. Durch die Suppe werde ihm der „Herzvibrierpunkt" getötet, er lasse sich nicht die Manneskraft rauben. Einmal

Digitized by Google

äußert sich K. wie folgt: „Heute habe ich verspürt, daß mir aus dem Stirnpunkt ein neues „Naturhauthohlgehänge" herausgequirlt ist. Meine „reine alkohollose Naturweichbeinmuskulatur", so wie ich es zu stehen pflege infolge der Medikamente und Lösungen, welche in den letzten 10 Wochen in der Speise enthalten waren inklusive alkoholloses reines Menschenblut von diesen Medikamenten verbrannt ist bei sichtbarer Geisteshelligkeit. Ich verlange von Herrn Doktor eine Wiederherstellung zur korrekten Natur, weil ich mich irregulär gebildet sehe und wenn mich Herr Doktor als irregulär entlassen werden, so würde ich mich veranlaßt sehen, mich dem Herrn Oberamtsarzt Dr. M. persönlich vorzustellen behufs des irregulären Körperzustandes. Meine Vermutung geht dahin: ich erhalte seit etwa 1/4 Jahr Essen, in welchem sich nach meiner Vermutung und nach meiner Überzeugung Medikamente oder Lösungen sich befunden haben. Da ich nun vollständiger alkoholloser Natur bin, also alkoholloses reines Menschenfleisch sowie alkoholloses reines Blut habe, so sind mir diese Medikamente und Lösungen in das reine alkohollose Blut und Menschenfleisch eingedrungen. Ich habe, wie ich an mir schon lange Zeit beobachtet habe, verschiedene Geschlechtsformationsbilder sowie viele Fettlagen und Naturumbildungen nach meiner Vermutung und nach meiner Überzeugung und Empfindungsgefühl mitgemacht. Ich habe das leider nicht schon zu Anfang zu Protokoll gegeben, weil ich ja nicht wissen konnte, wozu diese vermutlichen Problembildungen mit mir eigentlich dienen sollten. Soll ich mich vielleicht genauer erklären im einzelnen?"

Nach Bejahung — „Ich habe also verschiedene Geschlechtszwitterbilder beobachtet, wie mir meine Geschlechtserektionen anzeigen mußten. Ferner habe ich Spinatstecheranlage, Mannweibanlage oder wie man das zu nennen pflegt, ganze Weiberanlage, Weiberbrust etc. an mir beobachtet. So wie ich es verspürte, habe ich es verspürt, wie wenn in mir ein Rumoren vor sich ginge und dürfte ich da vielleicht sagen, daß man das vielleicht Geschlechthumorsverfahren nennt. Ferner hatte ich nach ausströmenden Tiergasen aus der Nase die Vermutung resp. konnte ich auch an meinen Beinen beobachten resp. an den Zehen, daß ich beinahe ein vollständiger Hammelszwitter resp. einer Hundsnatur entgegengehe. Ferner hatte ich mehrere kolossale Brände bei sichtlicher Geisteshelligkeit mitgemacht. Es wurde mir eben durch dieses Essen, in welchem sich diese Medikamente oder Tierfette und Säuren befinden, die ganze Naturweichgebeinmuskulatur, welche bei mir vollständig alkohollos und frei ist, total abgefressen. Ebenso hatte ich etwas früher das Überzeugungsgefühl, daß mir Herz und Lunge zum größeren Teile auch abgefressen wurden. Ebenso hatte ich die sichere Beobachtungsüberzeugung, daß mir in dem Penis drei Ringlein losgefressen, ebenso eine Lage von den Hoden und in den Körper eingezogen wurden, was mein jetzt noch zurückgebliebenes Kreptotitengeschlecht zu bewegen im Stande sein vermag. Ebenso hatte ich vor einigen Wochen einen vollständigen Kreptotismuskopf, welchen ich nur Gelegengeit hatte, kurze Zeit zu beobachten. Derselbe mag vermutlich von warmen Bädern wieder vergangen sein. Nun wurde mir eben-

Digitized by Google

falls im Zimmer 18 durch den sogenannten vermutlichen Geilheitswahnbrand die Seelenwarze weggebrannt. Ferner wurde mir in dem jetzigen Zimmer No. 19 glaube ich durch eine Suppe die erste Herzwarze weggebrannt. Ferner durch ein späteres Gesamtnachtessen wurde mir gerade an der Stelle, an welcher sich die Herzwarze sonst zu bilden vermag, hineingestichelt und überhaupt kolossale Stichschmerzen im ganzen Körper verursacht. Durch eine auf dem Waschapparat des Zimmers 19 stehende offene Flasche, aus welcher Medikamentengase entströmten und ich somit Gelegenheit haben müßte, dieselben während des Waschens einzuatmen, wurde mir der Gehirnpunkt samt der Gehirnmuskulatur total zerfressen und die Überreste träufelten mir den Rücken herunter in die Natur herein. Daß das mir alles geschadet haben mag und daß ich mich jetzt in einem kreptotistischen Zwitterzustand befinde mag vielleicht und ist nach meiner Vermutung mit dem in Zusammenhang zu bringen, daß ich, wie ich schon öfter gemeldet, vollständig alkoholfrei bin. Da ich seit 3 oder 4 Jahren mit konstanter Blutgegenströmung lebe und solche bei mir auch vermutlich jedenfalls nicht mehr korrekt zu werden vermag, weil ich vermutlich auch das Nervengries seit jener Zeit nicht mehr besitze, so gehen mir die Medikamente und Lösungen, Säuren sowie Tierfette — Hammel-, Hundsfett wahrgenommen durch treffende ausströmende Gase — direkt durch den Hohlraum resp. durch den Hals in das Gehirn und ebenso abwärts direkt in das Geschlecht. Ich stelle daher nun das sehnlichste sowie dringlichst baldigste Verlangen, daß mir sobald wie möglich einzig und allein ein reelles reines, wenn auch sehr einfaches, ohne jedes Tierfett sowie Medikamente, Lösungen oder Säuren zubereitetes Essen zuteil wird, welches einzig und allein mich vor einem nahe bevorstehenden Leichenverfaulungverwesungshungertod zu retten und eine vollständige Herstellung wieder bezwecken vermag."

Januar 1902. Halluziniert dauernd lebhaft, ist sehr gereizt und abweisend, ißt schlecht, sieht elend aus, lehnt jede ärztliche Behandlung ab.

März 1902. Zeigt für nichts mehr ein Interesse, kümmert sich in keiner Weise um die Vorgänge in seiner Umgebung, ist stets gereizt und mitunter aggressiv gegen die Ärzte, schimpft in unflätigster obszöner Weise, gänzlich untätig seit Monaten, hält sich reinlich und äußerlich leidlich geordnet. Seine hypochondrischen Wahnideen werden immer bizarrer und absurder.

Juli 1902. Schimpft ganz stereotyp, wird durch seine Wahnideen und Sensationen völlig von der Außenwelt abgelenkt.

September 1902. Erklärt nicht geisteskrank zu sein, verlangt seine Entlassung, da seine Karenzzeit um sei und er trotz seiner angegriffenen Nerven die Absicht habe, zu heiraten. In einem Schriftstück äußert er sich über seinen derzeitigen Zustand dahin, daß sein Muskelfleisch, seine Knochen sowie Haut vollständig ausgetrocknet seien. Wenn er noch länger hier bleiben müsse, so hätte sich das Loch in seinem Inneren in einem halben Jahre sicher so weit vergrößert, daß er gar nichts mehr in sich hätte und daß dann auch die Haut Löcher bekäme. Der Rauminhalt seines Schädels

Digitized by Google

be um 21 cm abgenommen. An seinem Kopf sei ein großes Loch, das me durch den Druck der Natur und ähnliches mehr.

6. September 1902. Aufnahme in die königliche Heilanstalt Zwiefalten.

Bei der Aufnahme und in den ersten 4 Tagen gegen Referenten freundh und sich mit ihm in ein Gespräch einlassend, wobei K. die oben erhnten Vorstellungen preisgibt, behauptet, im Essen Jod, Brom, Zink und deres mehr erhalten zu haben, innerlich vollständig leer zu sein und infolge ses Hohlraums befähigt zu sein, auf unendliche Entfernungen zu hören. produziert immer neue Wortbildungen, wie auch sein übriges Gebaren hr und mehr geziert und gezwungen wird. In der Folgezeit auf Grund n lebhaften Sinnestäuschungen auf allen Gebieten ganz unnahbar und sehr rmütig, mehrfach aggressiv gegen Ärzte und Personal, schimpft ganz reotyp in der laszivsten Weise, ißt aus Vergiftungsfurcht tagelang nichts, gt in Ruhe gelassen meist unter der Bettdecke versteckt da, kümmert sich nichts, liest keine Zeitung und zeigt keinerlei Interessen. Die Schulntnisse entsprechen dem Stande des Kranken, während die Merkfähigkeit e Abnahme erfahren zu haben scheint. Das Krankheitsgefühl ist entieden gegen früher schwächer geworden, eine Krankheitseinsicht in psyischer Hinsicht wird nur ganz oberflächlich geäußert. Seine gelegentlichen hnhaften Äußerungen lassen eine zunehmende Zerfahrenheit und Ungeuerlichkeit erkennen. Die Intensität des zornigen Affektes scheint seit ngstem nachzulassen, während aus vereinzelten Äußerungen des K. ein rk gehobenes Selbstbewußtsein spricht.

Nachträglich wird von den Schwestern des K. anamnestisch erhoben, ß der Kranke von jeher als ein eigentümlicher Mensch gegolten habe, stets zornig und aufbrausend gewesen sei. Seit ca. drei Jahren an Gehörsuschungen leide und schon zu Hause vereinzelte Vergiftungsideen vorgeacht habe.

Zusammenfassung:

E. K. aus R., geboren 31. Mai 1871; über erbliche Belastung nichts in Erfahrung zu bringen. Mäßiger Schüler, stets eigenmliche Natur, eingebildet, jähzornig und aufbrausend. Als Kind te Flecken; im Jahre 1888 Scharlach; Exzesse in Baccho und Venere. 5 Jahre lang im Postfach tätig, zweimal im Examen rchgefallen; vielfache Reibereien mit Vorgesetzten und Anhörigen in den letzten 8 Jahren. Seit 1900 — K. war damals Jahre alt — vereinzelte Beeinträchtigungs-, speziell Vergiftungsen, ebenso Sinnestäuschungen (nach Angabe der Angehörigen). it August 1900 ohne Beschäftigung. Oktober 1900 wegen rvöser Beschwerden kurze Zeit in Krankenhausbehandlung und it der Diagnose Neurasthenie entlassen. 1901 in ärztlicher

Digitized by Google

Behandlung wegen nervöser Angstzustände; mit der Diagnos „Neurasthenie mit Zwangsvorstellungen wesentli sexueller Art" der Klinik zugeführt.

1901/02 Zunahme der Sinnestäuschungen auf allen Gebiet insbesondere auch von seiten des Gemeingefühls, intensiver I ziehungswahn und physikalische Verfolgungsideen, absurde hyp chondrische Vorstellungen; unfähig zu irgendwelcher Arbeit. nichts Interesse als für das eigene Befinden, separiert sich v seiner Umgebung, im Äußeren eine gewisse Starrheit und (bundenheit; Neigung zu Wortneubildungen; Stil und Redewe sehr geschraubt und maniriert; Koprolalie.

1903. Wird immer verschlossener und ablehnender: stun und interesselos, daneben sehr reizbar und zu explosiven Gewa taten geneigt, zeigt in Haltung und sprachlichen Äußerungen e auffällige Stereotypie, vernachlässigt im Gegensatz zu früher s sein Äußeres, wird zerfahren und produziert verschwomm Größen- und Verfolgungsideen, welche jedoch der entsprechend Gefühlsbetonung vielfach entbehren; schimpft tagtäglich in äuße obszöner Weise und stets genau mit denselben Worten. Öft Nahrungsverweigerung aus Vergiftungsfurcht. Intensives Kra heitsgefühl, hin und wieder Andeutung von Krankheitseinsi Schulkenntnisse, soweit zu prüfen, dem Stande entsprechend, (dächtnis und Merkfähigkeit lassen keine bemerkenswerte Abnah erkennen.

1904. Meist stumm, apathisch und ablehnend. Gedank inhalt sehr monoton und ganz bizarr; gänzlich untätig; Koprola lebhafte Sinnestäuschungen. Kein fixierter noch systematisie Wahn.

Fall II. F. S. aus E., geboren 10. Juli 1863, evangelisch; verheirat Sensenschmied.

Krankheitsgeschichte: Von erblicher Belastung ist nichts beka soll stets gesund gewesen sein. Im Jahre 1900 erlitt S. bei der Arbeit ei Unfall, indem ihm ein glühendes Stück Eisen auf den Unterarm fiel eine Wunde erzeugte, welche ohne Zwischenfälle in einigen Tagen glatt heilte. Seit dieser Zeit soll S. „nervenschwach" sein, er klagte über Mü keit und Arbeitsunfähigkeit. Appetit und Schlaf seien stets gut. Nach gabe seines Schwagers „phantasiere" der Kranke zeitweise, so sehe er Mä vor den Augen schweben, die ihn beißen. Keine Angst. Das Blut st

Digitized by Google

ihm mitunter in den Kopf und dann werde er „ganz verwirrt". An derartige Zustände soll nachträglich die Erinnerung fehlen. Potus soll nicht vorliegen. Habe in der Erregung schon seine Frau mißhandelt.

Über Schwindel, Ohnmacht, Erbrechen oder Krämpfe ist von dem Schwager des Kranken, welcher den letzteren am 24. Mai 1901 zum ersten Male in die psychiatrische Klinik verbringt, nichts zu eruieren. Das Verhalten des von jeher stillen Mannes habe sich in den letzten Monaten insofern geändert, als derselbe noch zurückhaltender und verschlossener geworden sei, nur selten seine Behausung verlassen habe und auf der Straße immer nur vor sich niedersah und von keinem Begegnenden Notiz nahm. Vielfach habe er zu Hause lange Zeit vor sich hingestiert. Nach Angabe der Frau, welche ihren Mann seit 4 Jahren kennt, war derselbe damals rüstig, sah gut aus, arbeitete ordentlich und mit Erfolg, und zeigte keinerlei Anzeichen einer geistigen Störung. Einige Wochen vor dem Unfall war S. schon schläfriger als zuvor, klagte über Müdigkeit und stand morgens ungern auf. Sonderbare Ideen habe er damals nicht geäußert, auch in ganz unauffälliger und natürlicher Weise mit den Menschen verkehrt. In der letzten Zeit vor seiner Verbringung in die Klinik äußerte S. ganz im Gegensatz zu früher ab und zu Eifersuchtsideen. Kein Potus, Schädeltrauma, spezifische Infektion oder sonstige Schädlichkeiten in Erfahrung zu bringen.

Bei der Aufnahme verhielt sich der Kranke durchaus ruhig und geordnet, erwies sich als zeitlich und örtlich orientiert. Als Grund seines Hierherkommens gibt er an, er sei zur Untersuchung hierhergeschickt worden, weil es ihm zeitweise „im Kopf nicht richtig" sei, er leide so sehr an Schwindel und Blutandrang zum Kopf.

Eine eingehende Untersuchung ergibt, daß die Schulkenntnisse durchaus dem Stande des Exploranden entsprechen, Gedächtnis und Merkfähigkeit keine bemerkenswerte Abnahme erlitten haben. Seine Beschwerden bestehen in:

1. Schmerzen im linken (verletzten) Arm;
2. zeitweisem Blutzudrang zum Kopf;
3. Schlaffheit in allen Gliedern;
4. Kopfschmerzen.

Diese Beschwerden sollen sich im Laufe der Zeit schon etwas gebessert haben, aber immer wieder in Erscheinung treten. Arbeitsversuche habe er schon gemacht, doch ohne nachhaltigen Erfolg. „Wenn ich ein paar Stunden gearbeitet habe, dann war es mir allemal am leichtesten." Einen besonderen Schrecken habe er bei dem Unfall nicht empfunden. Patient spricht den Wunsch aus, sich invalidieren zu lassen. Einzelne Fragen nach seinem Befinden beantwortet er zutreffend, der Schlaf sei oft mangelhaft und zwar infolge von Blutzudrang zum Kopf, während Appetit, Stuhl- und Urinentleerung keine Störung aufweisen. Libido und potentia sexualis sollen schon längere Zeit, aber seit dem erlittenen Unfall in auffälligem Grade abgenommen haben.

Stimmung? — „Manchmal ist es so bei mir, daß ich mit gar niemanden

Digitized by Google

verkehren mag. Ich weiß gar nicht, wie es ist. Es ist so gespäßig, ich laufe nur manchmal so an den Leuten vorbei. Es ist jedenfalls gar nicht richtig."

Leben entleidet? — „Ja — wenn der Andrang so stark ist."

Selbstmordideen und -versuch negiert. Keine Selbstvorwürfe noch Versündigungsideen. Anfälle, Krämpfe, Ohnmachten in Abrede gestellt.

Schwindelanfälle sollen seit etwa einem Vierteljahr ab und zu bei ihm auftreten, es daure bloß einen Moment, es werde ihm dabei schwarz vor den Augen, ein- oder zweimal habe er sich schon halten müssen. Hin und wieder befalle ihn ein Schaudergefühl. Seit dem Unfall könne er nicht mehr soviel Alkohol wie früher ertragen. Subjektive Gedächtnisschwäche. Mitunter befalle ein Zittern seinen Körper, er leide viel an kalten Füßen. Stumpfer und gleichgültiger sei er im Vergleich zu früher geworden. Ab und zu befinde er sich wie im Traum. Wahnideen werden nicht geäußert, Sinnestäuschungen sind nicht nachweisbar.

Die körperliche Untersuchung ergibt keine Lähmungserscheinungen von seiten des Zentralnervensystems.

R. Siderosis bulbi. Konvergenzschwäche. Beiderseits Ptosis geringen Grades (angeboren). Keine artikulatorische Sprachstörung. Würgreflex nicht auszulösen. Pharyngitis chron. sicca. Mechanische Muskelerregbarkeit deutlich. Vasomotorisches Nachröten erhöht. Reflexe der O E O E schwach. Kein Tremor manuum. Bauchdecken- und Cremasterreflex L > R. Kniephänomen vorhanden, L > R. Achillessehnenreflex nicht auszulösen. Plantarreflex beiderseits lebhaft. Kein Romberg. Keine Ataxie. Schrift ohne Besonderheiten. Sensibilität in allen ihren Qualitäten intakt: Schmerzempfindlichkeit vielleicht im ganzen etwas vermindert. Geruch, Gehör, Geschmack funktionieren normal. Visus R = Finger in 4 m; L = $^6/_6$. Farbenerkennen beiderseits gut. Am linken Unterarm 4 cm lange, nicht schmerzhafte Narbe. Nirgends Druckpunkte. Urin klar, sauer, frei von Eiweiß und Zucker.

In der Folgezeit legte S. immer ein schläfriges und apathisches Wesen an den Tag, war nur kurz und vorübergehend zu einer Arbeit zu bringen; äußerte weder spontan noch auf Befragen Wahnideen.

Trotz mehrfacher eingehender Untersuchung lassen sich nie Lähmungserscheinungen nachweisen.

2. Juli 1901. Ist den einen Tag lebhaft und zuversichtlich, den andern in sich versunken und verzagt: auf Befragen gibt er an, es überkomme ihn noch häufig ein „Schwächegefühl", so daß er noch nicht längere Zeit arbeiten könne.

In einem Briefe an seine Frau heißt es: „....aber ich hatte Tag und Nacht fast keine Ruhe, doch gottlob bessert sich ein wenig, daß es ruhig wird..... Mit dem Schlafen wird nimmer viel werden, doch darfst Du deshalb nicht verzagen, denn der Herr sorgt immer wieder."

Warum haben Sie das dem Arzte nicht schon früher gesagt? — „Manchmal weiß ich es nicht mehr und manchmal ist man beim Fragen nicht so schlagfertig gleich."

Digitized by Google

Sorgen? — „Ich denke an gar nichts. Es machen mich gar keine Gedanken unruhig."

Keine Selbstvorwürfe, keine Verfolgungs- oder Eifersuchtsideen zu eruieren.

Sind Sie krank? — „So krank bin ich gerade nicht; das Essen schmeckt mir."

Wo glauben Sie krank zu sein? — „Durch das, daß die Blutzirkulation nicht richtig ist."

Woher rührt dies? — „Da kann ich keine Auskunft geben, über das bin ich nicht im klaren."

Sind Sie schwermütig? — „Schon so — es ist freilich alles wie abgelebt — ich habe an gar nichts mehr Freude; das ist mein einziges, daß ich mich eben an Gott halte, dem übergebe ich mein ganzes Schicksal."

Tut Ihnen etwas weh? — „Nein, nichts."

Keinerlei Organgefühle angegeben noch zu erfragen. Er glaube, daß ihm die Krankheit im „Gemüt" sitze. Früher sei er stets heiter und jederzeit guter Stimmung gewesen. Nach sonstigen Empfindungen befragt gibt S. an: Er habe am Geschlechtsteil manchmal die Empfindung, wie wenn etwas daran herumkrabbele. Er wisse nicht, woher dies komme. Manchmal empfinde er ein Zucken im Körper. „Das Verschlafen ist nicht mehr so arg wie früher, aber das Blut steigt mir fortwährend noch in den Kopf." An seine Eifersuchtsideen will S. keine richtige Erinnerung haben. Arbeitslust andauernd sehr gering, große Neigung, stumpf vor sich hinzubrüten, macht stets einen schläfrigen Eindruck, sitzt vielfach wie schlafend da, ist jedoch stets bereit, sofort zu antworten. Wird am 17. August 1901 mit der Diagnose: Neurasthenie gebessert entlassen.

Am 21. März 1903 wird S. von seiner Frau wieder der Klinik zugeführt. Die letztere gibt an, der Zustand ihres Mannes habe sich im Laufe der Zeit mehr und mehr verschlimmert. Ihr Mann werde so aufgeregt, daß sie Gewalttätigkeiten befürchten mußte. Vor 8 Tagen habe er zum Fenster hinaus ganz verkehrtes Zeug geredet. „Er spreche immer davon, daß die Leute so sonderbar an die Nase rauffahren, wenn er nur so viel Mark hätte, als er schon gestochen worden sei, bald sei es hinten, bald vorne in der Brust und ähnliches mehr. In seinem Heimatort werde ihr Mann für nicht mehr richtig im Kopf gehalten. Was die Leute reden, sage Patient, sei nicht wahr, nur seine Worte seien richtig. Er werde von Tag zu Tag mehr geplagt; wer ihn plage, sage er nicht, unlängst habe ihr Mann so stark getobt und geschimpft, daß sie das Haus verlassen habe. Er arbeite so gut wie nichts, bleibe morgens bis gegen 10 Uhr zu Bette, manchmal esse er auch einen ganzen Tag nichts. Als Grund dieser Nahrungsverweigerung gebe er dann an, es werde ihm nicht zugelassen, er dürfe nicht essen. Nachts sei er oft schlaflos. Tagüber sitze er meist träumend und still da und sei bei Inanspruchnahme gereizt. Sein Lachen klinge oft unnatürlich. Des öfteren habe der Kranke die Äußerung getan „in seinem Kopf sei es so dunkel und dumm,

Digitized by Google

das Blut quelle so über". Keine Krämpfe, keine Ohnmachten. Der Kranke klage oft über Schwindel im Kopf, beim Gehen falle mitunter ein Schwanken auf, hie und da Kopfschmerz. Weder für seine Familie noch für irgend etwas hege er im Gegensatze zu früher das geringste Interesse. Von einem halben Liter Apfelwein fühle er sich im Kopfe angegriffen und spreche danach oft dummes Zeug. Die Erinnerung an das Gesagte sei oft eine mangelhafte. Eifersuchtsideen äußere der Kranke noch ab und zu. Im geschlechtlichen Verkehr weniger leistungsfähig und anspruchsvoll als früher. Bei der Aufnahme ruhig und geordnet, zeitlich und örtlich orientiert, erinnert sich an Einzelheiten seines früheren Aufenthalts, macht wie das erste Mal einen schlaffen und schläfrigen Eindruck. Bei der sofort stattfindenden Exploration gibt er an, er fühle sich immer matt und müde, geschäftsunlustig und arbeitsunfähig. Es fehle ihm ganz an der Energie; er leide viel an Kopfschmerzen, Spannung über der Stirne, mitunter Ohrensausen und Schwindel, jedoch nicht so stark, daß er beim Gehen getaumelt habe. Kein Herzklopfen, keine Enuresis nocturna, kein Zungenbiß, keine Krämpfe. Eine Abnahme seines Gedächtnisses sei ihm bis jetzt nicht aufgefallen. Wenn er hinsitze, schlafe er oft ein. „Wenn ich gar nichts tue, habe ich am allerbesten Ruhe; sonst komme ich in dumme Sachen hinein. Ich möchte dem Guten nach und weiß nicht, wie ich ihm nachkommen soll."

Träume negiert. „Wenn mein Kopf hell wäre, könnte ich alles wieder tun."

Der Kranke sitzt während der Unterredung mit zu Boden gesenktem Blick und etwas vornübergebeugtem Haupte regungslos da, hält die Hände gefaltet und seufzt gelegentlich tief auf. Er gibt auf Befragen prompt und in sinngemäßer Weise Antwort. Die Stimmung erscheint leicht gedrückt, ohne daß man aber den Eindruck bekommt, als bestünde eine tiefere Depression. Schulkenntnisse, Gedächtnis und Merkfähigkeit weisen keine nennenswerte Einbuße auf. Körperlich keine Veränderung gegen früher zu konstatieren. Während der täglich zu beobachtenden Zustände der Schlaftrunkenheit ist das Gesicht des Kranken deutlich gerötet und er gähnt häufig. Wenn man ihn aufrüttelt empfindet er es unangenehm, macht aber keinen gereizten Eindruck. Keine fixen noch systematisierten Wahnideen, ebensowenig Sinnestäuschungen, mit Sicherheit nachzuweisen. Stumpf und apatisch; äußerlich geordnet und reinlich: negiert während seines ganzen Aufenthaltes Verfolgungsideen.

17. April 1903. Seinem Drängen nachgebend, wird der Kranke heute unverändert nach Hause entlassen mit derselben Diagnose wie bei seiner ersten Entlassung.

Während seines dritten Aufenthaltes in der Klinik, welcher vom 18. November 1903 bis 21. März 1904 dauerte, hatte der psychische Zustand des S. eine entschiedene Änderung erfahren. Das ärztliche Aufnahmezeugnis von Dr. H. spricht sich dahin aus, daß der „früher an melancholischer Depression leidende S. jetzt mit ausgesprochener Geisteskrankheit behaftet sei, bestehend in Wahnideen besonders in sexueller Beziehung."

Digitized by Google

Nach Angabe der Frau hielt sich der Kranke kurze Zeit zu Hause ganz ordentlich und arbeitete befriedigend. Darnach wurde er einige Stunden hindurch erregt, schalt, schlug auf den Tisch, tat Äußerungen, wie wenn er etwas sehen würde, sagte immer, wenn er der Liederlichkeit nachgehen würde, dann ginge es wohl besser. Nachts schrie er wiederholt: „Die Lumpenhund, die Lausbuben — das ist kein rechter Mensch." Die Erregung wiederholte sich in der Folgezeit in immer kürzeren Zwischenräumen und zeigte zunehmende Dauer, wobei S. gegen seine Frau heftige Drohungen ausstieß. In der Nacht wachte er oft auf, sprach dann fortwährend „ga, ga, ga, ga — das Karle guckt hingegen ininin, ininin — das Karle guckt hingegen" — danach wurde der Kranke erregt, überhäufte seine Frau mit allerlei Anschuldigungen: sein Geschlechtsteil sei in Bewegung, das sei sein Wille nicht. Die Frau ist von dem Kranken gravid.

S. verhielt sich bei der Aufnahme ruhig und geordnet, bestätigte alle Angaben der Frau, klagte darüber, daß er sich nicht recht im Kopfe fühle; nickte im Stehen ein, folgte willig auf die Abteilung, schlief beim Baden. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Abweichung vom früheren Befund.

Patient gibt an, daß er unangenehme Gefühle im Geschlechtsteile habe, deren erstes Auftreten er während seines letzten Aufenthaltes in der Klinik beobachtet haben will. „Ich erkenne die Sachlage nicht als Reinheit an, das soll man meiden, was sich an einem vollführt, als Reinheitssache ist sie da, aber als Unreinheitssache kann ichs nicht gebrauchen." Auf Befragen nach seinem Befinden: „Im Kopf ist in der Stirn gerade wie alles zu, wenn ich wieder richtig denken könnte, Lesen und alles was zum Leben recht ist, das wär mir eben recht." Auf Befragen wie er sich bei der letzten Entlassung befunden habe, äußert S.: „Als ich das vorige Mal nach Haus kam, habe ich eine Zeitlang geschafft, dann wurde ich aber so arg müd, daß es nicht mehr ging; manchmal bin ich auch arg aufgeregt, nachher weiß ich das nicht mehr ganz genau, dann kommt eben die Sachlag mit der Richtigkeit, daß die Sachlage nicht richtig ist, daß sie nicht rein ist, das weiß ich, aber was an der Sachlage ist, das weiß ich nicht."

Während der Exploration versank Patient bei jeder Unterbrechung der Unterhaltung in einen schlafähnlichen Zustand. Einmal brauste er sehr auf, wurde stark erregt, sprach vom Sterben, man solle ihn nur gleich in das Grab legen; dann beruhigte er sich ebenso plötzlich wieder und tat, als wenn nichts vorgefallen wäre; doch war später keine Amnesie vorhanden.

Dezember 1903. Meist stumpf und interesselos, bei Inanspruchnahme vielfach gereizt und aufbrausend, gänzlich untätig, äußerlich geordnet und reinlich; liegt für gewöhnlich träge auf einer Bank oder geht „Sagaga" singend im Flur auf und ab, äußert verschwommene Verfolgungsideen, scheint zeitweise unter Sinnestäuschungen, vorherrschend in der sexuellen Sphäre zu leiden.

Januar 1904. Spricht von allerlei Gefühlen in den Geschlechtsteilen ohne über deren Entstehung und Wesen eine nähere Auskunft zu erteilen;

Digitized by Google

murmelt häufig unverständlich vor sich hin oder klatscht plötzlich in die Hände, ohne einen Grund dafür anzugeben.

Februar 1904. Fängt an, seine eigentümlichen Empfindungen auf bestimmte Personen zu projizieren, so behauptet S. jetzt unter anderm, in seinen Leib sei ein Geist gefahren, der ihm Unruhe in den Geschlechtsteilen hervorrufe und diese Anfechtungen gingen von seinem früheren Brotherrn und von einem Mitarbeiter aus. S. zeigt sich bei der Erzählung deutlich erregt, fuchtelt dabei viel mit den Händen in der Luft herum, spricht mit lauter Stimme und in gereiztem Tone; faßt seine „Verfolgungen" als eine Art Prüfung auf, er solle jetzt Werkmeister werden, deshalb werde er so geprüft.

April 1904. Wird in seinen Äußerungen immer unklarer und verworrener, ist andauernd stumpf und indolent, äußert ausgesprochenes Krankheitsgefühl und auch eine partielle Krankheitseinsicht; es fehle ihm halt im Kopf, da sei es dunkel und eng darin, seine Gedanken würden ihm angehalten und ähnliches mehr. Das alles gehe von seinen Vorgesetzten aus. Verbigeration sowie Haltungsstereotypie mehrfach zu beobachten. Verschwommene physikalische Verfolgungsideen. Wird mit der Diagnose Narkolepsie (Katatonie?) in die hiesige Anstalt überführt.

Erkennt Referent beim Eintritt in die Anstalt wieder, gibt zu, krank im Kopf zu sein und gibt der Hoffnung Ausdruck, bald hier zu gesunden, um wieder nach Hause zurückkehren und sich seiner Familie widmen zu können, macht einen schläfrigen und apathischen Eindruck, erweist sich orientiert, Schulkenntnisse seinem Stande entsprechend. Gedächtnis und Merkfähigkeit weisen keine nennenswerte Abnahme auf. Der Kranke versteht alle Fragen und führt Aufträge richtig aus; sein Leiden führt er auf Verfolgungen seiner Vorgesetzten zurück, ohne einen Grund für diese Verfolgungen angeben zu können. Er behauptet, seine Vorgesetzten sitzen in seinem Leibe, sie lassen Dampf auf seinen Geschlechtsteil, Stimmen veranlassen ihn, so eigenartige Sachen zu sprechen, das geschehe alles ohne seinen Willen, mit ihm werden „Katanken" gemacht; seine Gedanken würden ihm gestellt und nie freigelassen, über seinem Hirn liege es wie ein Schleier, die Blutzirkulation im Körper und Hirn werde ihm durch seine Vorgesetzten umgedreht und gestört, es werde ihm die Natur abgezogen und ähnliches mehr. Diese Äußerungen sind erst nach und nach aus dem Kranken herauszubringen, er ist jeder Unterhaltung abhold und wird nach wenigen Fragen unwirsch und ablehnend.

Oktober 1904. Die Stimmung des Kranken ist für gewöhnlich eine völlig indifferente; er kümmert sich um nichts, spricht spontan fast kein Wort, pflegt mit seiner Umgebung keinerlei Verkehr, hält sich reinlich und besorgt sich selbst. Bis jetzt ist es noch nicht gelungen, den Kranken zum Aufstehen, geschweige denn zu einer Arbeit zu bringen. Er widerstrebt allen derartigen äußeren Einflüssen und wird gereizt und aufbrausend. Sein Affekt ist jedoch von kurzer Dauer und geringer Tiefe. Neigung zu Wortbildungen

Digitized by Google

Gelegentlich kommt es vor, daß der Kranke einen Mitkranken verkennt und auf Grund von Sinnestäuschungen gegen ihn gereizt wird.

Wenn man S. nach der Bedeutung seiner eigentümlichen Worte frägt, so wird er ungehalten und grob und bricht die Unterhaltung mit den Worten ab. Referent solle nicht so dumm fragen, er wisse das ja alles so gut wie er selbst. Stets reinlich, kein Speicheln. Schlaf mitunter mangelhaft. Nahrungsaufnahme ab und zu unregelmäßig. Neigung zu Haltungsstereotypen. Verbigeration.

Zusammenfassung.

F. S. aus E., geboren 10. Juli 1863; von erblicher Belastung ist nichts bekannt; früher angeblich stets gesund; von Hause aus ruhiges Temperament. Im Jahre 1900 — 37 Jahre alt — Unfall mit mäßigem Schreck, kein Schädeltrauma. Schon einige Wochen vorher erschien S. schläfriger und matter als zuvor, klagte über Müdigkeit und Schlaffheit. Weder Potus noch spezifische Infektion zu eruieren. S. wurde im Gegensatz zu früher verschlossener und menschenscheu, ging nicht mehr zur Arbeit und äußerte unmotivierte Eifersuchtsideen.

24. Mai 1901 bis 17. August 1901 in der psychiatrischen Klinik zu Tübingen. Diagnose: Neurasthenie. Sinnestäuschungen nicht nachweisbar, Wahnideen werden nicht geäußert; immer schläfrig und apathisch, mitunter Klagen über Blutzudrang zum Kopf, Schlaffheit in allen Gliedern, Kopfschmerzen und Schwindel. Keine Intelligenzabnahme nachweisbar. Stimmung leicht depressiv, doch vorherrschend indifferent; reinlich, meist untätig und interesselos.

21. März 1903 bis 17. April 1903. Zweiter Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik zu Tübingen. S. war zu Hause mehrfach aufgeregt und drohend, habe des öfteren ganz verkehrte Reden geführt und sei in seinem Verhalten immer eigentümlicher geworden; zeitweise Nahrungsverweigerung; Eifersuchtsideen.

Auch während der zweiten Beobachtung ließen sich weder Sinnestäuschungen noch Wahnideen mit Bestimmtheit erweisen, schläfrig und apathisch; Klagen über Kopfweh, Schwindel und Mattigkeit; stets untätig, reinlich.

Diagnose: Neurasthenie, Narkolepsie.

18. November 1903 bis 21. März 1904. Dritter Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik zu Tübingen. Sinnestäuschungen

Digitized

auf verschiedenen Sinnesgebieten nachweisbar; verschwommene Verfolgungsideen physikalischen Charakters vorwiegend in der sexuellen Sphäre; stumpf und indolent, daneben reizbar und aufbrausend. Wortneubildungen; Stereotypie in Haltung und Reden: Gerede mitunter zerfahren; stets schläfrig, reinlich, untätig; keine Lähmungserscheinungen nachweisbar. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl.

Diagnose: Narkolepsie (Katatonie?).

1904. Meist stumm, stets wortkarg, widerstrebt äußeren Anregungen, wird gereizt bei intellektueller Inanspruchnahme, hegt für nichts Interesse, macht anhaltend einen matten und müden Eindruck, äußert verschwommene Verfolgungsideen mitunter ohne allen Affekt; Wortneubildungen und sinnlose stereotype Wiederholungen; keine dauernde Eigenbeziehung nachweisbar. Untätig aber reinlich: Sinnestäuschungen von seiten des Gehörs, Gesichts und in der sexuellen Sphäre zeitweise nachweisbar; ohne Initiative. Keine merkbare Abnahme der Schulkenntnisse, des Gedächtnisses oder der Merkfähigkeit. Anhaltend ausgesprochenes Krankheitsgefühl, partielle vorübergehende Krankheitseinsicht. Neigung zu Haltungsstereotypie; neben Indolenz erhöhte Reizbarkeit: zorniger Affekt rasch ansteigend und wieder verschwindend.

Die beiden vorstehenden Fälle erheischen deshalb ein besonderes Interesse, weil sie die Entstehung der katatonischen Verrücktheit gewissermaßen unter den Augen des Arztes illustrieren. Bei beiden war lange Zeit das Krankheitsbild der Neurasthenie mit seinen mancherlei Erscheinungen und Beschwerden in somatischer und psychischer Hinsicht im Vordergrund stehend. Die schon von manchen Autoren empfohlene Vorsicht bei Beurteilung neurasthenischer Zustände hat hier ihre Rechtfertigung gefunden. Die Dementia praecox insbesondere liefert vielfach schweren und leichtere neurasthenische und hypochondrische Zustandsbilder, deren Verkennung prognostisch mißlich ist, deren Unterscheidung aber, wie besonders unser zweiter Fall lehrt, mitunter lange Zeit auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. Schon *L. Meyer* hat darauf hingewiesen, daß die Fälle schwerer Hypochondrie große Neigung besitzen, in die hypochondrische Form der Paranoia überzugehen und daher in ihrer Beurteilung Reserve geboten sei. In Fall I

Digitized by Google

finden wir schwere hypochondrische Vorstellungen, welche wohl ziemlich weit zurück reichen und sich im Laufe der Zeit hinsichtlich ihrer Genese insofern umgebildet haben, als sie auf feindliche Machinationen, wenigstens zum Teil, zurückgeführt werden; ein ähnliches bis jetzt nur nicht so stark ausgesprochenes Verhalten läßt sich auch in Fall 2 nachweisen.

Das Krankheitsbild der Hypochondrie hat im Laufe der letzten Jahre mit der eingehenderen Kenntnis anderer Krankheitstypen eine entschiedene und zunehmende Einschränkung erfahren.

Nach *Raecke*[1]) ist die Hypochondrie eine selbständige, in sich abgeschlossene Krankheitsform, die sich vorwiegend bei einem geschwächten Zentralnervensystem — bei Neurasthenie, Hysterie, schwerer erblicher Belastung — entwickle. Niemals trete Demenz ein. Die echte Hypochondrie sei stets eine Hypochondrie „sine materia".

Wollenberg[2]) ist zu einem andern Ergebnis gekommen; nach ihm bedeutet die Bezeichnung Hypochondrie in dem allgemein gebräuchlichen Sinne kein einheitliches Krankheitsbild, sondern deckt sehr verschiedenartige Zustände.

„Wir kommen demnach zu dem Schluß, daß die Hypochondrie als eigentliche Krankheit nicht aufrecht erhalten werden kann, daß sie vielmehr nur einen psychopathologischen Zustand, eine krankhafte psychische Disposition besonderer Art darstellt.

Gleichwohl kann es aus praktischen Gründen wünschenswert und gerechtfertigt sein, für gewisse, besonders ausgesprochene hypochondrische Zustandsbilder die Bezeichnung „Hypochondrie" beizubehalten. Wenn man die soeben dargelegte Auffassung als zutreffend anerkennt, wird man dies aber nur mit einer entsprechenden Reservatio mentalis tun dürfen."

Das überwiegende Vorkommen hypochondrischer Zustände werden wir nach wie vor bei der Neurasthenie finden.

Sehr erwünscht wäre es, aus der Art der Hypochondrie einen prognostischen Schluß ziehen zu können. Mit absoluter Sicher-

---

[1]) *Raecke*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. LIX.

[2]) *Wollenberg*. Die Hypochondrie in Nothnagel Bd. XII. 1. Teil.

Digitized

heit dürfte dies zurzeit noch nicht möglich sein, immerhin existieren gewisse Eigentümlichkeiten, welche gegen einfache Neurasthenie sprechen.

Der neurasthenische Hypochonder ist in der Mehrzahl der Fälle reizbar und launisch, mit sich und der Welt unzufrieden und zerfallen, sucht häufig ärztliche Hilfe und erwartet von jedem neuen Mittel einen guten Erfolg; er versucht sehr vieles, hält aber selten oder nie lange genug aus, es geht ihm mit der Heilung immer zu langsam; er leidet in der Mehrzahl der Fälle an einer Hyperästhesie der Sinne, kann mitunter trotz starken subjektiven Insuffizienzgefühls geistig noch recht Wertvolles leisten, überhaupt, wenn auch mit einer, in einzelnen Fällen großen Erschwernis, seinen Berufspflichten und sonstigen Aufgaben oft lange Zeit nachkommen.

Die hypochondrischen Phasen im Verlaufe der Dementia praecox zeichnen sich schon frühzeitig durch eine gewisse Bizarrheit und Ungeheuerlichkeit aus, welchen die Gefühlsbetonung weder nach Stärke noch Dauer entspricht, mitunter finden wir geradezu eine Gleichgültigkeit gegenüber diesen Empfindungen oder eine kindische Freude daran, welche mit der märtyrerhaften Selbstzufriedenheit der Hysterischen nur hin und wieder eine gewisse äußere Ähnlichkeit hat.

Bei einfachen Demenzformen kommt es für gewöhnlich nicht zu einer Projizierung dieser Empfindungen in die Außenwelt, während eine solche bei der Dementia paranoides allerdings nur in mangelhafter Weise erfolgt. Hier sind die Erklärungsversuche von Anfang an sinnlos und zerfahren und entbehren der Stabilität und des logischen Ausbaues. Die Gefühlsbetonung kann vorübergehend wohl eine sehr hochgradige sein, aber sie gleicht sich rasch wieder aus und flacht sich in relativ kurzer Zeit ganz erheblich ab. Später treffen wir nur noch auf zusammenhanglose, absurde, die Psyche des Kranken so gut wie nicht alterierende verschwommene physikalische Verfolgungsideen, denen Größenideen von derselben Ungeheuerlichkeit nie fehlen.

Bei den katatonen Formen stellt sich ein etwas anderer Verlaufstypus dar; entsprechend dem hier vorzufindenden Beharrungsvermögen werden die Wahnideen längere Zeit festgehalten und

Digitized by Google

erzeugen starke Affektausbrüche. Häufig finden wir einen langanhaltenden schmerzlichen Negativismus, welcher auf alle Anreize der Außenwelt mit heftigen Zornesausbrüchen reagiert, während unter der Decke dieses stuporartigen Zustandes die Verblödung ungeahnt rasche Fortschritte macht. Sehr lehrreich in dieser Richtung ist für mich ein Fall, welcher mehrere Jahre in durchaus geordneter Weise Verfolgungsideen produzierte und dieselben logisch weiter verarbeitete, daneben bestanden lebhafte und den Kranken stark in Anspruch nehmende Sinnestäuschungen, welche einen physikalischen Verfolgungswahnsinn unterhielten. Im Laufe eines Jahres wurde der Kranke einsilbiger, seine mündlichen und schriftlichen Äußerungen verworrener, es traten darin immer mehr und eigenartigere Wortneubildungen in Erscheinung und seit ca. 3 Jahren ist der Kranke ganz unzugänglich und ablehnend, kümmert sich um nichts, verhält sich völlig untätig, zeigt ausgesprochene Haltungs- und Bewegungsstereotypen; verbigeriert, liefert ein konfuses Gekritzel und schrimpft, angeredet, in gänzlich verworrener, unverständlicher Weise; neben allgemeiner Indolenz besteht erhöhte Reizbarkeit mit Neigung zu explosiven Gewalttaten. Von seinen früheren damals sehr eingewurzelten Wahnideen gibt der Kranke weder spontan noch auf Befragen irgend etwas preis. Sinnestäuschungen lassen sich zeitweise nachweisen.

Daß diese jahrelang gespannten, vielfach unter dem Einflusse von lästigen Sensationen stehenden Katatoniker zu den unheimlichsten und gefährlichsten, weil gänzlich unberechenbaren Kranken gehören, wird mir jeder Anstaltsarzt zugeben.

Der seitherige Verlauf unserer beiden Fälle hat denselben Krankheitsprozeß auf zwei verschiedenen Stufen uns vor Augen geführt. Der derzeitige Zustand läßt die Annahme wahrscheinlich erscheinen, daß beide Kranken voraussichtlich ihre Sinnestäuschungen nicht viel weiter ausbauen, sondern vermutlich in nicht zu ferner Zeit darin stabil werden werden, um einem mehr oder weniger langen Stadium allgemeiner erhöhter Reizbarkeit neben zunehmender Indolenz und Apathie, Abnahme der Initiative und Urteilskraft anheimzufallen.

Jedenfalls dürften motorische Eigentümlichkeiten (wie leichte

Digitized by Google

Gebundenheit, manierierte Gesten und Redeweise und ähnliches mehr) Vorsicht bei der Beurteilung der damit behafteten Neurastheniker erwecken, zumal wenn dieselben in jugendlichem oder dem besten Mannesalter stehen.

Interessant wäre noch der Versuch des Nachweises einer entweder ab origine bestehenden oder schon frühzeitig erworbenen eigenartigen psychopathischen Minderwertigkeit (im Sinne *Kochs*) für die später entstehende Katatonie. Ein Ausbau der Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten in der Richtung eigenartiger Vorläuferzustände bestimmter Psychosen ist schon von *Koch* selbst ins Auge gefaßt worden und verspricht entschieden wertvolle Aufschlüsse. Es ist recht wohl denkbar, daß die spezifische Disposition sich in einer charakteristischen Minderwertigkeit äußert. Jedenfalls wird es schon jedem von uns so ergangen sein, daß er bei gewissen eigentümlichen Individuen unwillkürlich an ähnliche psychotische Zustände erinnert wird und sich dann der Gedanke aufdrängt, daß der Betreffende eigentlich nur von einer bestimmten Psychose befallen werden kann. Solange sich dafür jedoch keine Beweise erbringen lassen, bleibt es bei einer zweifelhaften Vermutung.

Zum Schlusse spreche ich meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. *Wollenberg*, für die gütige Überlassung der beiden Fälle meinen ergebenen Dank aus. Den Direktionen der königlichen Heilanstalten Weinsberg und Zwiefalten bin ich für ergänzende Krankheitsnotizen verbunden.

Digitized by Google

Simulation von Geistesstörungen.

Gutachten über den Geisteszustand des wegen Diebstahls in Untersuchungshaft befindlichen, 1861 in St. geborenen, ledigen M. L.

Von

Dozent Dr. **Ernst Bischoff**, Klosterneuburg.[1])

In den letzten Jahren häufen sich in auffälliger Weise die Fälle von Simulation der progressiven Paralyse. Die psychischen Symptome der einfach dementen Form dieser Krankheit wie auch die ataktischen Motilitätsstörungen können mit verhältnismäßig geringen Anstrengungen nachgeahmt werden; diese Erkrankung ist bekanntlich relativ sehr häufig und Leute aus besseren Kreisen, welche daran leiden, werden oft in häuslicher Pflege belassen. So sind schon jetzt weite Kreise der Bevölkerung mit diesem Krankheitsbilde bekannt geworden und es ist daher begreiflich, daß jene Verbrecher, welche niemals in einer Irrenanstalt waren, wenn sie sich geisteskrank stellen wollen, dieses Krankheitsbild simulieren. Die Beurteilung derartiger Fälle ist sehr oft äußerst schwierig. Auch wenn Lähmungserscheinungen fehlen, kann man sich in der Regel schwer entschließen, mit Gewißheit zu behaupten, daß Simulation durch ein gesundes Individuum vorliege. Denn jeder Psychiater kennt die unerschöpfliche Mannigfaltigkeit der Initialerscheinungen der Paralyse, er weiß, wie oft alle charakteristischen Symptome im Anfang fehlen und nur aus einigen sonderbaren Handlungen der Analogieschluß gezogen werden muß, daß die progressive Demenz in Entwicklung begriffen sei, obwohl die gesamte geistige Tätigkeit, welche den durch Wiederholung eingeübten Vorstellungsinhalt betrifft, noch intakt ist. Wenn daher jemand die körperlichen Symptome der Neurasthenie zeigt, irgend ein Delikt begangen hat und dann mehr oder weniger blödsinnig erscheint, ist es kaum möglich, die geistige Gesundheit desselben fest zu behaupten, wenn auch der Blödsinn zum Teil oder ganz als simuliert erwiesen wird. Glücklicherweise ist die Ausdauer des Menschen nicht unbegrenzt und gelingt es gerade in

[1]) Mitgeteilt im Anschluß an die Arbeit des Verf. im letzten Hefte dieser Zeitschrift.

Digitized by Google

diesen Fällen zumeist durch häufige und recht eingehende Exploration, ver-
bunden mit eindringlichen Vorstellungen über die Fruchtlosigkeit der Simu-
lationsversuche, eine Umkehr zu bewirken, und dann ermöglicht nicht so sehr
das Aufgeben der Simulation als die plötzliche Änderung der ganzen psychi-
schen Persönlichkeit die Feststellung, daß völlige geistige Gesundheit vor-
liegt. Wird aber die Simulation nicht aufgegeben, so sind wir nur dann im
stande, eine geistige Erkrankung auszuschließen, wenn zufällige äußere
Momente den doppelten Schluß erlauben, daß zur Zeit des Deliktes Paralyse
nicht vorhanden war und daß nun simuliert wird. In dem folgenden Fall
war es so, und daher konnte trotz Vorhandenseins von Pupillen- und Reflex-
störungen mit Erfolg behauptet werden, daß der Untersuchte ein gesunder
Simulant sei.

Befund.

Aktenergebnis: Der Untersuchte ist vielfach vorbestraft und
zwar: Beim Militär wegen Desertion, wegen Diebstahls, Vergehen
wider Zucht und Ordnung, Widersetzlichkeit u. s. f. in den Jahren
1882 und 1884, und von verschiedenen österreichischen, ungarischen
und deutschen Gerichten seit 1896 wegen Taschen- und anderen
Diebstählen und nach § 324 St.G. Zweimal wurde er zu drei
Jahren Zuchthaus, einmal zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt. E
hat die Taschendiebstähle zum Teil allein, zum Teil in Gesell-
schaft eines Komplizen, einmal seiner Geliebten ausgeführt, und
hat bei den eingeleiteten Untersuchungen, sobald die Sachlage
es ihm erlaubte, versucht, durch hartnäckiges Läugnen der Strafe
zu entgehen, sobald er aber überführt war, die Strafe angetreten.
Zeitweise war er als Tischlergehilfe beschäftigt, oft arbeitslos,
dann lebte er zum Teil auf Kosten seiner Geliebten. Trotzdem
er aus Österreich ausgewiesen ist, kehrte er immer wieder nach
Wien zurück, wo er sich unter verschiedenen falschen Namen an-
melden ließ. Vom 31. Oktober 1898 bis 19. Januar 1900 befand
sich in der Irrenabteilung eines Strafgefängnisses, von wo er wegen
Gemeingefährlichkeit in Erregungszuständen bei „langsam fort-
schreitender sogenannter Gehirnerweichung (progressiver Paralyse)
einer Irrenanstalt übergeben wurde. L. war nachher in Wien und
Fiume als Tischlergehilfe beschäftigt. Weder seine Dienstgeber, noch
seine Quartierfrau haben eine Klage über ihn vorzubringen gehabt.
Anfangs Februar 1903 von Fiume nach Wien zurückgekehrt, war er
ohne Erwerb und angeblich auf der Suche nach Arbeit. Quartier und
Kost wurden ihm von der Quartiergeberin kreditiert, außerdem gab

Digitized by Google

ihm die Geliebte etwas Geld. Am 21. Februar begab er sich zur Frau E. . . ., deren Gatte kurz vorher wegen Bahnhofsdiebstählen in Haft genommen war, wovon die Zeitungen Mitteilung gemacht hatten, und stellte sich als Bevollmächtigter der Polizei vor. Er sei beauftragt, eine Hausdurchsuchung vorzunehmen und verdächtige Sachen zur Polizei zu bringen, damit festgestellt werde, ob sie von den Diebstählen rühren. Er nahm Bargeld, ein Sparkassenbuch, Kleider und Wäsche, ließ die Kleider von einem Burschen, den er nachher holte, forttragen und kam nachmittags, diesmal in angeheitertem Zustande, während er vormittags der Frau E. . . ganz nüchtern erschienen war, in einem Einspänner wieder, um die Frau aufzufordern, mit ihm zur Sparkasse zu gehen, um 100 Kronen zu beheben, welche zur Bestellung eines Verteidigers für den E. . . dienen sollten. Er wolle dann das Sparkassenbuch der Frau zurückstellen. Die Frau hatte nun Verdacht geschöpft und ihre Schwiegermutter wollte mit L. zur Polizei fahren. Dieser fuhr aber allein davon und gab der Frau den Auftrag, zur Polizei zu gehen, er werde hinkommen. L. fuhr in mehrere Wirtshäuser, brachte Kleider und Wäsche zu einem bekannten Kellner, kaufte abends gegen 9 Uhr bei einem Bekannten, den er in einem der Gasthäuser getroffen hatte, für 40 Kronen Wäsche, und fuhr nachts mit demselben Einspänner in ein Kaffeehaus. Dort wurde er nachts in angetrunkenem, jedoch nicht volltrunkenem Zustande verhaftet. Am 22. Februar gab er bei der Polizei an, von dem Vorgefallenen nichts zu wissen. Da die gestohlenen Effekten zum Teil bei ihm vorgefunden wurden, versuchte er nicht zu läugnen; doch behauptete er, betrunken gewesen, und von einem Bekannten, namens Stern, zu den Diebstählen verleitet worden zu sein. Vor Gericht berichtete L. über alle Vorkommnisse vom 21. bis gegen Abend und über die Details seiner Verhandlungen mit Frau E. . . Er beharrte dabei, daß er früh den Stern getroffen und mit ihm mehrere Branntweinläden besucht habe. St. habe ihm erklärt, daß er selbst, weil er dort bekannt sei, nicht in der falschen Rolle bei der Frau E. . . auftreten könne und L. überredet, dies zu tun. St. habe ihn auch nachher im Gasthaus bewogen, nochmals zur Frau E. . . zu gehen, um Geld aus der Sparkasse zu bekommen. — Auch

Digitized by Google

habe St. die Wäsche versetzt. Die Untersuchung hat ergeben, daß die ganze Erzählung vom St. erfunden sein dürfte, damit stimmt auch überein, daß alles, was L. gestohlen hatte, in seinem Besitze gefunden wurde, abgesehen von dem Gelde, welches er inzwischen ausgegeben hatte. L. hat sich, bevor er Frau E. . . aufsuchte, bei der Hausbesorgerin um diese und den Straffall ihres Gatten erkundigt.

Inkulpat hat vor Gericht über verschiedene Details, u. a. über seine Vorstrafen korrekte Angaben gemacht und später berichtet, daß er 1896 durch 14 Monate im Irrenhaus in Stuhlweißenburg gewesen sei, wohin er von Belgrad, nach einem angeblichen Tobsuchtsanfall gebracht worden sei. Seitdem leide er an Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche. Als ihm einige Widersprüche in seiner Verantwortung vorgehalten wurden, behauptete L., der Richter wolle ihn verrückt machen und wieder in ein Irrenhaus stecken und verweigerte die Antwort auf weitere Fragen. Am folgenden Tage berichtigte L., daß er nicht in Stuhlweißenburg, sondern in B. . . . im Irrenhaus war, und zwar 1899. Für die Vorkommnisse am Abend des 21. Februar gibt L. nach wie vor Fehlen der Erinnerung an. Er will von dem Wäscheeinkauf und von den Gasthäusern, welche er damals besuchte, keine klare Erinnerung haben.

Der nachträglich eingelaufene ärztliche Bericht aus der Irrenabteilung des Strafhauses in B. . . . besagt, daß Ls. Vater Potator, er selbst 1883 syphilitisch infiziert war. Seit 1891 leide er an Kopfschmerzen, u. z. seit einer Kopfverletzung bei einer Schlägerei in Belgrad. In der Strafhaft habe er an schreckhaften, nächtlichen Halluzinationen gelitten, und sei er gegen den Werkmeister aggressiv geworden. Später beruhigte er sich, ohne Krankheitseinsicht zu zeigen. Gegenwärtig (Mai 1899) zeige er Lichtstarre der engen, differenten Pupillen bei geringer akkomodativer Reaktion, Fehlen des Knieschnenreflexes links bei erhaltenem Achillesschnenreflex, Abstumpfung der Sensibilität der unteren Extremitäten, Schlaffheit der Gelenke, Andeutung von Atrophie links, von Romberg. Schmerzen in den Beinen, starke Kopfschmerzen, welche zeitweise mit benommenem Gesichtsausdruck verbunden sind. Augenhintergrund frei, Sprache stockend ohne Silbenstolpern. Er leide

Digitized by Google

episodisch nach Kopfschmerz an Benommenheit und Reizbarkeit, Mißtrauen und Aggressivität. Von einem solchen Zustande rühre eine Verletzung am Vorderarm (durch Zerschlagen einer Scheibe). Einmal seien auch delirante Halluzinationen aufgetreten. Nachher fehle die Erinnerung fast ganz. Intellektuell sei er nicht wesentlich gestört. L. leide an progressiver Paralyse, sei für die Strafhaft ungeeignet, und als gemeingefährlich irrenanstaltsbedürftig.

Frau E. . . gibt den Gefertigten am 28. April an: L. sei ihr früher nicht bekannt gewesen. Er sei ruhig und sicher aufgetreten und ihr als ordentlicher Mensch erschienen, habe gesagt, er sei von der Polizei geschickt; die Sachen, welche er mitnahm, werde sie am nächsten Tage wieder erhalten. Er habe sich nur wertvolle Sachen mitgenommen, nicht zu viel und nicht zu wenig gesprochen. Nachher sei er angetrunken wiedergekommen, und habe sie aufgefordert, 50 Gulden für ihn aus der Postsparkasse zu beheben für die Verteidigung. Als die Schwiegermutter kam und Verdacht schöpfte, sei er fortgeeilt. Auch die Hausmeisterin habe gemeint, daß L. ein Polizeiagent sei. Frau E. . . macht einen etwas beschränkten Eindruck.

Die Geliebte Ls. berichtet am 28. April, sie habe den L. im Sommer 1900 kennen gelernt. Er habe damals zur vollen Zufriedenheit der Meister und fleißig gearbeitet, auch die Gelder einkassiert. Von seinen früheren Internierungen in Straf- und einer Irrenanstalt, habe sie erst durch die Gerichtsverhandlung im Anfang des Jahres 1901 und nachher von ihm erfahren. L. habe ihr wiederholt versichert, daß er diesmal unschuldig verurteilt worden sei, und die Strafe nur angetreten habe, um eine längere Untersuchungshaft zu vermeiden. L. habe, seit sie ihn kennt, über Kopfschmerzen geklagt und sei oft verstimmt gewesen, wohl weil er immer fürchtete, erkannt und wieder gerichtlich abgeschafft zu werden. Er habe selten etwas mehr getrunken, sei dann aber gleich sehr erregbar geworden. Nach mäßigem Alkoholgenuß, sowie bei heftigeren Kopfschmerzen sei er oft fast unbesinnlich geworden, und wiederholt verwirrt gewesen. So habe er einmal nachts nach kleinem Zwist auf der Straße seine Uhr und Rock weggeworfen. Öfter habe er stundenlang mit starrem Blick und wortlos gesessen: aus diesem Zustande sei er nicht zu

Digitized by Google

erwecken gewesen. Infolge von solchen Verwirrtheitszuständen sei er mitten in der Fahrt von der Straßenbahn gesprungen oder habe er sich auf das Geleise gestellt, ohne den Wagen auszuweichen. Wenn sie von seinen vergangenen Delikten oder von seiner Ausweisung aus Österreich sprach, sei er tagelang sehr verstimmt gewesen und habe gar nicht mit ihr gesprochen. Im übrigen sei er geordnet gewesen und habe er regelmäßig gelebt. Doch sei er ziemlich vergeßlich. Er sei im Oktober 1902 nach Fiume gereist, weil er fürchtete, wieder verhaftet zu werden. Da er von dort schrieb, daß er kein entsprechendes Verdienst bekommen, habe sie ihn aufgefordert, wieder nach Wien zu kommen. In der zweiten Hälfte Januar sei er hergereist und gleich nach seiner Ankunft zu ihr gegangen. Dann habe er sich um Arbeit umgesehen, wobei er die richtigen Adressen herauszufinden verstand. Er habe bald geklagt, daß die guten Plätze ihm nicht zugänglich seien, weil er dort bekannt sei und wieder angezeigt werden könnte, habe geklagt, daß er nun auf Kredit leben müsse, und sei infolgedessen sehr verstimmt gewesen. Zwei Tage vor dem Delikte habe er vor dem Landesgerichtsgebäude gehend gesagt: „Gott schütze mich, daß ich nicht wieder in dieses Haus komme". Er habe ihr geschworen, daß er sich nicht mehr vergessen werde. Von E. . . habe L. mit ihr nie gesprochen. Er habe den Plan gehabt, Österreich zu verlassen. Sie meint, daß er sich durch den Betrug wohl die Mittel verschaffen wollte, um ins Ausland zu reisen. Durch seine Arbeitslosigkeit sei er ganz verzweifelt gewesen. Im Landesgericht habe sie mit ihm am 17. März gesprochen. Er habe über Kopfschmerzen geklagt, sei aufgeregt gewesen und habe Geld für Tabak verlangt, sonst werde er noch ganz närrisch. Ein Brief, den sie von ihm aus der Untersuchungshaft bekam, sei von fremder Hand geschrieben gewesen. Er habe sonst wohl schreiben können, aber deutsch unorthographisch geschrieben. Wegen seiner schlechten Augen habe er zum Schreiben und Lesen Brillen benützt, dann habe er aber gut lesen können.

Bezüglich der früheren Vergangenheit des L. kann die Deponentin nichts angeben; er sei immer wortkarg gewesen und habe ihr nicht viel mitgeteilt. Daß er Verwandte in Ungarn und Paris

Digitized by Google

hat, habe er ihr erzählt. Von Halluzinationen, Krampf- oder Schlaganfällen und wahnhaften Reden hat sie an L. nichts beobachtet.

Explorand ist wegen seines eigenartigen Benehmens gegenüber den Gefertigten, welches unten geschildert werden soll, schwer zu untersuchen. Mit Vermeidung aller Motive für die Äußerung einer, sei es wirklich vorhandenen, sei es fingierten Aufregung und durch beharrliche Geduld gelingt es, ihm folgende Angaben über sein Vorleben zu entlocken. Ls. Vater war gutsituierter Gastwirt in Stuhlweißenburg, er trank viel, war nicht geisteskrank und starb, als L. 15 Jahre alt war an unbekannter Krankheit. An die Mutter erinnert sich L. nicht, sie starb, als L. ein kleines Kind war. In der ausgebreiteten Verwandtschaft ist, soweit dem Exploranden bekannt ist, keine geistige oder nervöse Erkrankung vorgekommen. Ein Sohn der Schwester seiner Mutter ist Hauptmann in Ungarn gewesen. Der Bruder des Vaters war Seifensieder und Hausbesitzer. L. kam in jungen Jahren aus der Familie und will seither von derselben nichts erfahren haben. Zwei Brüder sind in Frankreich Bäckermeister. Sechs Geschwister starben in der Kindheit, ein Bruder habe viel an Kopfschmerz gelitten und starb erwachsen. L. kam als Kind zu seinem Onkel, einem Postmeister in Ungarn; er ging in eine kleine Schule, lernte das nötigste; er habe schwer und ungern gelernt. Nachher wurde er Tischlerlehrling und -gehilfe in Stuhlweißenburg, er habe zu Hause sein Gewerbe ausgeübt. Damals sei er beim Fensterarbeiten einmal vom ersten Stock gefallen; er habe ein Loch im Kopf gehabt und längere Zeit im Spital gelegen. Er sei 1861 geboren, 1882 zum Militär (Infanterie) gekommen, immer ohne Charge geblieben: warum, will L. nicht sagen: er gibt zu, viele Strafen gehabt zu haben, nennt aber nur mehrtägigen Arrest, will nicht wissen, warum er zu monate- und jahrelangem Gefängnis verurteilt wurde, erinnert sich, daß er zu spät einrückte, will von Diebstählen beim Militär nichts wissen. 1885 sei er ins bürgerliche Leben zurückgekehrt, und sei wieder Tischler geworden. Als Soldat habe er eine Geschlechtskrankheit durchgemacht und sei in der Leiste operiert worden u. z. im Militärspital. Schwere Krankheiten habe er nicht durch-

Digitized by Google

gemacht, dagegen habe er wohl seit dem Sturz vom ersten Stock viel an Kopfschmerzen gelitten. Er habe nicht viel getrunken, etwa einen halben Liter Wein täglich, keinen Schnaps. In den 90er Jahren habe er große Reisen unternommen. Er war in Abbazia, Fiume, fuhr mit Schiff nach Italien, berührte Ancona, Bologna, Venedig, war dann in Zürich in Arbeit, ging dann nach Lyon, Avrene und Paris, wo er den Bruder besuchte. Das sei 1896 gewesen. Vor dieser Reise, nach den Militärjahren, sei er in Belgrad gewesen, dort monatelang mit einem Kopfleiden im Spital gelegen und endlich nach Hause geschoben worden. Von Paris sei er wieder nach Wien gekommen, später nach Berlin, wo er bei einem Tischler D. . . gearbeitet habe. Von seinen Taschendiebstählen in Berlin will er wieder nichts wissen, wie auch von den gerichtlichen Konflikten, die er in Ungarn hatte. Er könne sich nicht erinnern, ob er gerechterweise in Berlin verurteilt wurde, weiß aber, daß er eingesperrt und dann in die Irrenanstalt in B. . . . gebracht wurde. Von dort brachten ihn zwei Leute nach Stuhlweißenburg ins Spital, von wo er nach 4 bis 6 Wochen entlassen worden sei. Dann ging er wieder nach Wien. Über die späteren Delikte und Bestrafungen schweigt L. Er sei in den letzten Jahren bei den Tischlermeistern K. . . und H. . . . in Arbeit gewesen, etwa ein Jahr bei jedem. Er gibt nicht an, warum er von H. . . . wegkam. Er habe 13 bis 14 Gulden wöchentlich verdient. Die weiteren Ereignisse will L. nicht angeben. Er behauptet, davon nichts zu wissen. Er will sich daran erinnern, in Fiume gewesen zu sein und sein Gewerbe bei der Elektrischen ausgeübt zu haben. Er will auch nicht wissen, wann er wieder nach Wien kam und erwähnt gelegentlich des Gespräches über Fiume nur den Oktober. Er sei über Pest mit Aufenthalt daselbst nach Wien gekommen und zwar vor Neujahr. Er könne nicht angeben, auf welchem Bahnhof er ausgestiegen. Zuerst habe er bei der Geliebten, deren Namen er richtig nennt, gewohnt. Sie sei Kassiererin im Kaffeehaus daselbst. Dann habe er bei Frau K. (richtig) in der Antonigasse 37 oder 15 (falsch, die Antonigasse findet sich in seinem Notizbuch notiert) gewohnt. Dorthin sei er im Januar gezogen, genaueres Datum wisse er nicht. Er gibt zuerst an, er sei immer zu Hause

Digitized by Google

gewesen, bejaht die Frage, ob er Arbeit gesucht habe und behauptet, im Gasthaus in der Antonigasse gegessen zu haben. Das Geld habe er von H. . . . gehabt. Es stellt sich bald heraus, daß er über eine frühere Zeit spricht. Jetzt habe er, wie L. auf Befragen zugibt, das Nötige von der Quartierfrau vorgestreckt erhalten. Wie viel er ihr schuldet, will er nicht wissen. Die Geliebte habe ihm Geld gegeben, zuerst sagt L. 10 Gulden, dann 4 Kronen für Tabak. Von dem Delikt und seiner Verhaftung will L. gar nichts wissen. Auf die Frage, wie lange er hier sei, sagt L. „seit Oktober", „ich bin schon lange in Wien", (In diesem Hause?) 4 Monate. Jetzt sei September 1896 oder 97. Er sei 41 Jahre alt, 1861 geboren . . . . . (nach langem Überlegen) im Februar. Datum? Sein Namenstag Mikscha sei am 17. Januar. Er rechnet 61 + 41 = 57, murmelt, nachdem ihm dies als falsch bezeichnet wurde: „von Fiume bin ich nach Wien gekommen", rechnet 60 + 40 = 52, 6 + 4 = 5, 1 + 1 = 2, 3 × 4 = 7, 3 × 7 = 15, liest die Uhr rasch (statt ½6) 9 Uhr. und sagt, es sei 9 Uhr früh; sagt gleich darauf, er habe heute Kraut mit Fleisch zu Mittag gegessen, es sei Montag (tatsächlich ist Freitag) früh. Nennt als sein heutiges Mittagessen, dann Fisolen, Fleisch, Brot, Suppe und sagt auf den Vorhalt, daß Charfreitag sei, wieder, er habe Fleisch und Kraut bekommen. Hier sei ein Spital. Er sei mit 13 Leuten zusammen in einem Zimmer, wisse nicht, warum er hier sei. Einen seiner Genossen nennt er mit Namen, dieser sei hier, weil er gestohlen habe. (In welcher Stadt?) In der Leopoldstadt. (Land?) Ungarn. (In Wien?) Ja in Wien, also in Österreich. (Zuständig?) In Pest, dort sei er beim Militär gewesen. (Heimatsberechtigt?) In Stuhlweißenburg. Pest habe 500 Einwohner, Wien 100000, Pest 2000, Stuhlweißenburg 100000, 1 Jahr habe 7 Monate, als solche nennt er Juli, März, Februar, November, 1 Woche habe 19 Tage: März . . . . Sonntag, heute sei Montag . . . . Donnerstag. Mehr wisse er nicht. L. will kein Wort lesen können und bemüht sich ohne und mit Augenglas, anscheinend ohne auch nur einen Buchstaben der gezeigten, großen Druckschriften zu entziffern. Er bezeichnet die Zahl der gezeigten Finger auf 1 Meter falsch, u. a. 7 Finger an einer Hand, erkennt dagegen sofort

Digitized by Google

1 Krone, bezeichnet 1 Krone, 3 Heller, als 1 Krone und 3 Kreuzer, bezeichnet dann 1 Heller richtig und nennt dann obige Summe als 53 (Gulden?) ja Gulden. Um das Wetter (kalt und Regen) gefragt, sagt er, es sei kalt, die Dächer seien trocken, an den Fenstern seien schwarze Flecke. Die laut zwitschernden Spatzen will L. nicht hören. Im Zimmer geht L. unsicher tastend herum, während er später sicher über den Gang geht. L. behauptet, er habe fortwährend Kopfschmerzen, wie er schläft, wisse er nicht; im übrigen sei er in letzter Zeit gesund gewesen. Nachdem ihm vorgehalten wurde, was er über sein Delikt ausgesagt hat, beharrt L. dabei, nichts darüber zu wissen. Den Stern habe er im Bezirksgericht in Pest kennen gelernt. Er habe ihn schon lange nicht gesehen.

Bei mehreren späteren Besprechungen im Laufe der Beobachtung, stellt es sich heraus, daß die Angaben, welche Vergangenheit betreffen, ziemlich konstant bleiben, seine Antworten auf die Fragen nach seinem allgemeinen Wissen jedoch stark variieren. So gab er später an, Wien habe 300000 Einwohner. Jetzt sei März 1903, ein Jahr habe 12 Monate, welche er mit Auslassung des Mai und Oktober nun richtig nennt; eine Woche habe 7 Tage: Januar, Februar, April . . . ., Montag, Dienstag, Mittwoch, Freitag, Samstag. Er sei im Landesgericht in Wien, I. Bezirk, in der Alserstraße, also im III. Bezirk. Er will bisher einmal (tatsächlich dreimal) mit dem Untersucher gesprochen haben und zwar vor 4 Wochen (tatsächlich vor 6 Tagen). Er rechnet $3 \times 12 = 36$ u. s. f. — Bezüglich seines Aufenthaltes in B. . . . teilt er noch mit, daß er über ein Jahr im Gefängnis und dann 15 Monate in der Strafhausirrenabteilung unter Professor *B.* . . . . gewesen sei. Er sei von diesem und den Aufsehern gut behandelt worden, habe gutes Essen gehabt. Er zeigt dann eine Narbe am rechten Arm vor und faselt, man habe ihm die Hand in B. . . . . wegschneiden wollen, und dann wieder zugenäht. Wie die Verletzung entstand, will L. nicht wissen. Er will nicht geisteskrank gewesen sein, weiß nichts von Aufregungszuständen und will den Grund seiner Abgabe in die Irrenanstalt nicht kennen.

Einige Tage später erinnert sich L., daß er in B. . . . . die

Digitized by Google

Wunde am Arm durch Einschlagen einer Fensterscheibe erwarb. Er könne sich daran nicht erinnern, man habe ihm aber später erzählt, daß er ein Fenster eingeschlagen habe. In B. . . . habe er lange Zeit Bäder. Bromkali und Paradehyd bekommen. L. gibt nun sein Alter mit 42 Jahren an, nennt das laufende Jahr 1902, 1903. Monat Mai (richtig), glaubt etwa 4 Monate im Landesgerichte zu sein, er sei im Dezember oder Januar hereingekommen. Er nennt nun die 12 Monate richtig, rechnet $3 \times 4 = 12$, $3 \times 7 = 15 \ldots 21$. Nun behauptet er, die Uhr nicht ablesen zu können, bezeichnet eine goldene Uhr als schwarz und will Finger nicht zählen können. Er erinnert sich in späteren Terminen, daß er sich in Wien unter falschem Namen (B. . .) aufhielt und zweimal gerichtlich abgeschafft wurde. L. gibt nun auch zu, sich an den Besuch bei E. . . zu erinnern, doch verweigert er die Auskunft über den Zweck seines Besuches. Er weiß, daß er damals im Einspänner in verschiedene Gasthäuser fuhr und viel Geld bei sich hatte. Das sei sein Eigentum gewesen. Wann und wo er verhaftet wurde, will er nicht wissen. Die E. . . habe er bei der Polizei gesehen. An seine Verhöre vor dem Untersuchungsrichter will L. sich anfangs nicht erinnern. Später gibt er dieselben zu, doch will er vom Inhalt derselben nichts wissen. L. kommt immer wieder darauf zu sprechen, daß er fortwährend Kopfschmerzen habe, bleibt aber konstant bei der Behauptung, daß er im Kopf nicht krank sei. Er versucht nicht, Gründe für das angebliche Fehlen seiner Erinnerung an das Delikt vorzubringen, ebensowenig aber, das Delikt in Abrede zu stellen. Das Benehmen Ls. ist bei allen Untersuchungen dasselbe, er bewegt sich langsam, scheinbar unsicher, seine Haltung ist schlaff, er antwortet langsam und kurz; er spricht deutlich und ohne Sprachstörung, faßt die Fragen richtig und ohne Schwierigkeiten auf und ist wortkarg. Er gerät niemals in besondere Erregung, erscheint meist deprimiert, niemals gereizt. Er klagt über seine Mittellosigkeit, bittet gelegentlich um Zigaretten oder Geld. — Er vertreibt sich die Zeit mit Schachspielen und ist immer bei gutem Appetit. Wenn er sich vom Aufseher beobachtet fühlt, sitzt er oft nachts stundenlang schlaflos im Bett. Nach Angabe des Aufsehers hat L. das ver-

Digitized by Google

schlossene Wesen und die scheinbare Benommenheit erst von dem Zeitpunkte an gezeigt, als er wahrgenommen hatte, daß er ärztlich beobachtet werden sollte.

Inkulpat ist über mittelgroß, kräftig gebaut. Am Scheitel und an der linken Seite des behaarten Schädels hat er zwei verschiebliche, nicht empfindliche Hautnarben, am linken Unterarm ebenfalls eine Hautnarbe. Er will am ganzen Körper die Schmerzempfindlichkeit verloren haben. Die Pupillen sind eng, die rechte etwas kleiner als die linke, beide ohne Reaktion auf Belichtung, bei Akkomodation sich verengend. Der Kopf und die Hände zittern etwas, wenn man die Aufmerksamkeit darauf lenkt, sind sonst aber ruhig. Die Bewegungen und der Gang sind etwas unsicher schwankend. Die Kniesehnenreflexe sind sehr herabgesetzt, doch durch die Jendrassiksche Probe rechts deutlich, links spurweise nachweisbar. Die Achillessehnenreflexe sind beiderseits vorhanden, rechts stärker, die Fußsohlenreflexe sind normal. In der linken Leiste findet sich eine Narbe (nach Drüsenoperation). Für die angeblich bestehende Sehschwäche findet sich keine entsprechende Veränderung an den Augen. Der Augenspiegelbefund ist normal.

Bei der Augenuntersuchung benahm L. sich aufgeregt, er lasse sich die Augen nicht herausschneiden. Er erinnert sich, daß ihm die Augenuntersuchung einige Zeit vorher angekündigt worden ist. Später gestattet Inkulpat die Augenspiegelung.

Gutachten.

Es hat einer länger dauernden und besonders sorgfältigen Untersuchung bedurft um über den Geisteszustand Ls. zur Zeit des Deliktes und während der Untersuchungshaft ein begründetes Urteil zu schöpfen, da einerseits in der Vorgeschichte eine Reihe von Tatsachen berichtet sind, welche ihn zu gewissen geistigen Erkrankungen prädisponiert erscheinen lassen, ja sogar dazu geführt haben, daß er durch 15 Monate in einer Irrenabteilung festgehalten und dort als geisteskrank bezeichnet wurde, andererseits seine Lebensführung in den letzten Jahren, sowie die Art seines Deliktes seine geistige Rüstigkeit zu dieser Zeit zu erweisen schienen und da er gegenwärtig einen Zustand von Nervosität

Digitized by Google

und Verblödung zur Schau trägt, welcher sicherlich zum Teil gemacht, simuliert ist; hierdurch wird aber die Erforschung seines wahren Geisteszustandes außerordentlich erschwert. Das gesammelte Material gestattet jedoch nun einen genügenden Einblick in die geistige Verfassung Ls.

Von einer erheblichen hereditären Belastung durch die Trunksucht des Vaters kann nicht die Rede sein, da ja die Geschwister L.s geistig normal sind. Dagegen ist hervorzuheben, das Explorand früh verwaist und bei einem Oheim aufgewachsen ist, daß er eine mangelhafte Schulbildung genossen hat und nach seiner Angabe schwer und ungern lernte. Als Tischlerlehrling soll er eine schwere Schädelverletzung mit längerem Krankenlager erlitten haben. Seither scheint L. häufig an Kopfschmerzen zu leiden. Anderorts hat L. jedoch angegeben, daß er die Schädelverletzung erst 1891 bei einer Schlägerei erlitt und erst seit diesem Jahre (1891) an Kopfschmerzen leide. Schon beim Militär haben sich seine verbrecherischen Neigungen gezeigt, so daß er wegen Diebstahls und wegen Desertion bestraft werden mußte. Als Soldat hat L. eine Geschlechtskrankheit durchgemacht, welche wahrscheinlich als Syphilis zu bezeichnen ist. Seither hat er ein unstetes Wanderleben geführt, doch bis in die letzte Zeit, wenn auch mit vielen Unterbrechungen, seinen Beruf als Tischler zur Zufriedenheit seiner Meister ausgeführt. Er gibt den regelmäßigen Genuß von etwa $^1/_2$ Liter Wein täglich zu, eines Quantums, welches auf sein seit dem Kopftrauma etwas invalides Gehirn wohl nachteilige Wirkungen entfalten konnte. In Berlin hat L. Ende der 90er Jahre mit einem Genossen eine Reihe von Taschendiebstählen ausgeführt, welche seine Verurteilung zu dreijähriger Gefängnisstrafe herbeiführten. Nach mehr als einjähriger Strafhaft zeigte er Erscheinungen geistiger Störung, welche seine Abgabe in die Irrenabteilung zur Folge hatten. Hier wurden häufige Klagen über Kopfschmerzen, zeitweise diesen folgende Benommenheit, Mißtrauen und Gereiztheit, einmal auch angebliche Sinnestäuschungen beobachtet. Seine Intelligenz war dagegen nicht wesentlich gestört. Die angeführten körperlichen Veränderungen können auf Tabes, auf Hirnrückenmarkssyphilis oder auf progressive Paralyse zurückgeführt werden. Da aber die für letztere

Digitized by Google

allein charakteristischen Symptome (Sprachstörung in Form des Silbenstolperns und Intelligenzdefekt) nicht vorhanden waren, ist es nicht zulässig, die damals vorhandene Erkrankung als progressive Paralyse zu bezeichnen. Eine derartige Erkrankung kann den Beginn einer Paralyse darstellen, sie kann aber auch traumatischen oder syphilitischen Ursprunges und daher besserungs- oder heilungsfähig sein. Inwieweit Simulation damals vorhanden war, läßt sich heute nicht entscheiden: doch erscheint es auffallend, daß L. der in der Irrenabteilung 15 Monate lang schwer geisteskrank und gemeingefährlich erschien, und deshalb einer heimatlichen Irrenanstalt zugewiesen werden sollte, alsbald nach seiner Abgabe in die Heimat wieder frei ging und anstandslos sein Gewerbe ausüben konnte. Er hat bis zum Ende des Jahres 1902 seine alten Lebensgewohnheiten beibehalten, seinen Beruf gepflegt, gelegentlich einen Taschendiebstahl versucht, er hat es zuwege gebracht, obwohl er ausgewiesen ist, monatelang in Wien zu leben, indem er sich unter falschem Namen meldete, und das Zusammentreffen mit Bekannten mied, er ist seiner Geliebten während der letzten Jahre geistig rüstig erschienen und hat es verstanden, sie lange Zeit in Unwissenheit seiner dunklen Vergangenheit zu erhalten. Die Befürchtung, in Wien entdeckt und wegen seines Aufenthaltes daselbst wieder bestraft zu werden, veranlaßte L., im Herbst 1902 nach Fiume zu gehen. Da er dort eine gut bezahlte Stellung nicht erhalten konnte und da seine Geliebte seine Rückkehr wünschte, kam L. im Januar 1903 wieder nach Wien. Hier konnte er diesmal wochenlang keine Arbeit finden. Die wachsende Verschuldung und die Angst, wegen Falschmeldung und unbefugten Aufenthaltes hier zur Verantwortung gezogen zu werden, brachten ihn in zunehmende, nervöse Unruhe, seine Kopfschmerzen steigerten sich, seine habituelle Reizbarkeit wuchs. Aus dem Berichte seiner Geliebten ist aber zu entnehmen, daß L. bis zum Zeitpunkte des Deliktes des Gebrauches der Vernunft nicht beraubt war; er benahm sich geordnet und machte in logischer Weise Pläne, um seiner unhaltbaren Situation in irgend einer Weise ein Ende zu bereiten. Da er hier keine entsprechende Stellung fand, mußte L. darnach streben, von Wien fortzukommen; die Mittel zur Reise besaß er

Digitized by Google

jedoch nicht und sein Grübeln ward so vor allem darauf gerichtet, sich in den Besitz von Geld zu setzen.

Der Zustand, in welchem sich L. unmittelbar vor dem Delikte befand, ist demnach in folgender Weise zu charakterisieren: Er ist ein geistig mäßig begabter, durch erlittene Kopfverletzung und vielleicht auch durch Lues geschädigter Mann mit verbrecherischen Neigungen. Sorgen haben seine nervösen Beschwerden und seine Reizbarkeit gesteigert und ihm das mächtige Verlangen aufgedrängt, um jeden Preis aus seiner unhaltbaren Situation zu kommen.

Eine Gelegenheit hierzu fand sich, als L. von dem Diebstahl des E. . . erfuhr. Die Umstände waren ihm günstig, er fand in Frau E. . . die Leichtgläubigkeit, welche er brauchte. Trotzdem wäre ihm der Betrug nicht gelungen, wenn er nicht über die Gewandtheit und Sicherheit verfügt hätte, welche es ihm ermöglichte, die Rolle eines Polizeiagenten zu spielen: ruhige, logische Überlegung und Festhalten einer klaren Zielvorstellung sind unerläßliche Vorbedingungen seines Deliktes. Daß L. bei seinem ersten Besuch bei Frau E. . . bei klarer Vernunft war, geht jedoch auch aus den Angaben der letzteren und aus seinem eigenen Geständnis vor Gericht hervor. Trotzdem L. am Nachmittage sich einigermaßen berauschte, hatte er nachher die Erinnerung an alle wesentlichen Details seiner Unterhandlungen mit Frau E. . . gut bewahrt. Er ist daher an jenem Vormittage sicher bei klarem Bewußtsein gewesen. So wie vorher, ist auch einige Tage nachher seine Intelligenz durchaus nicht grob gestört gewesen, denn L. hat in den ersten Verhören in recht scharfsinniger Weise versucht, sich zu entlasten, indem er sich als das Werkzeug eines fingierten Anstifters bezeichnete und für einige Widersprüche in seinen Angaben alsbald geschickt Ausflüchte ersann. Bei seinem zweiten Besuch der Frau E. war L. allerdings etwas alkoholisiert, doch nicht volltrunken; auch die damaligen Ereignisse behielt er gut in seinem Gedächtnis; erst gegen Abend mag eine beträchtliche Bewußtseinsstörung eingetreten sein, da L. fortfuhr, zu trinken. Aus der Vorgeschichte, aus den Umständen des Deliktes und aus der ersten Verantwortung nach demselben geht daher hervor, daß L. zur Zeit des Deliktes des Gebrauches der Vernunft mächtig

Digitized by Google

war. Auch sind es nicht krankhafte Vorstellungen oder Impulse gewesen, welche sein Delikt veranlaßt haben. Seine krankhafte Reizbarkeit und seine nervösen Beschwerden haben gewiß den Entschluß, das Delikt zu begehen, gefördert, indem sie eine Abschwächung seiner Willenskraft mit sich brachten; daher konnte sein alter Hang zum Verbrechen über den guten Vorsatz den Sieg erringen, als bei ungünstiger Lage die Gelegenheit zum Diebstahl kam. Doch hat L. zur Zeit des Deliktes nach der Überzeugung der Gefertigten weder an Geisteskrankheit, noch an einer Bewußtseinstörung, noch an Verstandesschwäche gelitten.

L. änderte während der Untersuchung plötzlich sein Verhalten, indem er behauptete, man wolle ihn durch Zwischenfragen verrückt machen; das geschah, als er einsehen mußte, daß sich die Unwahrheit seiner Verantwortung herausstellen mußte. Seither entzieht er sich den unangenehmen Verhören durch Schweigen und die Behauptung, nichts von dem Delikte zu wissen, er stellt sich aber auch im übrigen sehr vergeßlich, blöde und hilflos. Eine Menge von Widersprüchen in seinen Angaben beweist, daß er simuliert. Während er Dinge nicht zu wissen vorgab, welche noch bei vorgeschrittener Verblödung erhalten bleiben (Zahl der Monate, Wochentage, einfaches Rechnen, Uhr ablesen u. s. f.) benimmt er sich geordnet, beurteilt er seine Lage korrekt, vermag er Schach zu spielen, während er auf seine Sehschärfe geprüft, Finger nicht zählen kann, erkennt er von weitem den Untersuchenden: er ist einmal ganz desorientiert, einige Tage nachher genau orientiert u. s. f. Sein Gedächtnis ist gut erhalten, er berichtet Ereignisse aus seinem ganzen Leben richtig und will nur das vergessen haben, was ihn belasten kann. Vereinzelte Versuche, Verwirrtheit und Wahnideen vorzuschützen, hat er bald aufgegeben. Eine schwerere Intelligenzstörung ist also auch gegenwärtig auszuschließen. — Es darf aber nicht außer acht gelassen werden, daß die durchgemachten Schädigungen des Gehirns den Inkulpaten in hervorragendem Maße zu nervösen und psychischen Erkrankungen prädisponieren und daß wegen der vorhandenen Simulation ein beginnender Prozeß geistiger Abschwächung mit Sicherheit weder erkannt, noch ausgeschlossen werden kann. Während die Intelligenz des Inkulpaten gegen-

Digitized by Google

ärtig nicht grob gestört ist, ist an ihm die Fortdauer und eigerung jener Stimmungsabnormität, an welcher er schon früher ter laboriert hat, zu beobachten. Er ist gegenwärtig äußerst ürrisch und reizbar, sowie mißtrauisch und es steht daher zu berchten, daß es gelegentlich wieder zu Wutausbrüchen, welche Grenze des normalen überschreitend zu pathologischen Affekten hren, kommen kann, wie sie in B. . . . . und seither mitunter ch Alkoholzufuhr beobachtet wurden. Gegenwärtig ist jedoch ne krankhafte Verstimmung, welche als Geisteskrankheit bechnet werden könnte, nicht vorhanden.

Die Gefertigten geben daher ihr Gutachten dahin ab, daß L. hl auf Grund alter Gehirnrückenmarkserkrankung an tabesigen, nervösen Störungen leidet, daß dagegen eine Geistesankheit an ihm weder zurzeit des Deliktes, noch gegenwärtig konstatieren ist. Insbesondere müssen die Gefertigten der Anhme entgegentreten, daß L. an progressiver Paralyse leide. gen diese Annahme spricht schon der Umstand, daß der körperhe Befund sich seit 4 Jahren nicht verändert hat, und zudem r das einzige charakteristische Symptom der Paralyse auf ychischem Gebiete, die zunehmende Verblödung, weder vor Jahren noch ist sie heute zu konstatieren. Das bestehende hirnleiden hat L.s Willenskraft und Widerstandskraft gegen ine alten, verbrecherischen Neigungen in etwas beeinträchtigt, s Gebrauches der Vernunft ist er aber zurzeit des eliktes nicht beraubt gewesen. Gegenwärtig simuliert L. ziemlich wechselndem Maße Gedächtnisdefekte und Intelligenzhwäche, er ist aber auch gegenwärtig intellektuell nicht grob stört. Seine Verstimmung ist nicht als krankhaft zu bezeichnen: ch kann seine Reizbarkeit zu pathologischen Aufregungszuständen ren.

In dem eben beschriebenen Fall hat ein Umstand, welcher icklicherweise zu den Seltenheiten gehört, die Beurteilung Berordentlich erschwert, das Vorhandensein reflektorischer pillenstarre. Auf diesen Umstand allein ist es wohl zurückführen, daß L. vor Jahren durch 15 Monate als Paralytiker einer Irrenanstalt gehalten wurde. Tobsucht und Pupillenstarre id gewiß ein Symptomenkomplex, welcher die progressive

Digitized by Google

Paralyse vermuten läßt. Unser Fall zeigt aber wieder, was allerdings nie bestritten wurde, in der Praxis jedoch nicht immer Berücksichtigung findet, daß zum Nachweis der Paralyse diese zwei Symptome nicht genügen, daß einerseits die fortschreitende Demenz in dem Krankheitsbilde nicht fehlen darf, anderseits nachgewiesen werden muß, daß die Pupillenstarre nicht die Folge eines Augenleidens oder einer nicht paralytischen Erkrankung des Augennervenapparates ist. Da diese beiden Momente damals nicht genügend berücksichtigt wurden, wurde der Zustand L. seinerzeit falsch beurteilt. Freilich war damals die Gefahr einer Fehldiagnose größer als gegenwärtig, denn die Ursache der psychiatrischen Beurteilung waren Aufregungszustäude ähnlich jenen der Paralytiker, durch den Mangel zureichender Motive auffallend. Hierdurch werden die paralytischen Aufregungszustände oft ähnlich den simulierten Aufregungszuständen und deshalb ist die Gefahr groß, wenn schon die Neigung besteht, Paralyse anzunehmen, gerade simulierte Tobsucht für einen paralytischen Aufregungszustand zu halten. Zudem war es damals möglich, den Zustand als Initialform der Paralyse anzusehen, weil L., bis dahin gesund erschienen war. Diesmal war die Ursache der Untersuchung L. ein Delikt, dessen Natur zu der Annahme führen mußte, daß L. im Besitze normaler Intelligenz und ruhiger Bewußtseinsklarheit gehandelt habe. Daher war es selbstverständlich, daß die Erscheinungen geistiger Störung, welche L. später produzierte, genau daraufhin geprüft wurden, ob sie simuliert waren und daß auf diesem Wege bald sowohl die Simulation als das Fehlen einer Geisteskrankheit nachgewiesen werden konnte. Wie so oft, wurde auch in diesem Falle der Verdacht auf Simulation durch den plötzlichen Ausbruch der geistigen Störung in dem Augenblick, wo sich L. überführt sah, gefördert. Die Behauptung, L. sei nicht paralytisch, fand nun auch an dem Umstande eine Stütze, daß die Pupillenstarre, das einzige Paralyseverdächtige körperliche Symptom, welches L. aufwies, auf wahrscheinlich überstandene Hirnlues zurückgeführt werden konnte und daß ein Stationärbleiben der Paralyse seit mehr als 4 Jahren nicht wahrscheinlich erschien.

Digitized by Google

Zur klinischen Bewertung pathologischer Wanderzustände.[1])

Von

Dr. **C. v. Leupoldt,** Kgl. Oberarzt. kommandiert zur Klinik.

In seinen ausführlichen Untersuchungen über die Natur der als „Poriomanie", „Fugues", „krankhafter Wandertrieb" bezeichneten Zustände kommt *Heilbronner*[2]) in bezug auf deren klinische Stellung zu den Ergebnissen, daß sie nicht eine eigene Krankheit darstellen, und daß sie als Symptom nicht lediglich der Epilepsie angehören. Die von ihm beobachteten und aus der Literatur zusammengestellten Fälle zeigen vielmehr, daß die pathologischen Wanderungen bei Epileptikern nur selten auftreten, während sie bei Individuen, die mit hysterischen Symptomen behaftet sind, weit häufiger vorkommen. Epileptiker und Nichtepileptiker bieten in ihren Wanderungen keine charakteristischen Unterschiede, so daß man nicht in der Lage ist, aus dem einzelnen Anfalle die Grundkrankheit zu erkennen. Erst die Beobachtung anderer Krankheitserscheinungen, und nicht zum mindesten eine genaue Anamnese befähigt uns, jeweilig die Diagnose zu stellen. Das Verhalten der Erinnerung, welches bisher vielfach das Hauptkriterium für die klinische Bedeutung des Wanderzustandes bildete, hat als solches an Belang eingebüßt, da bei Epilepsie Wanderungen vorgekommen sind, für welche die Erinnerung erhalten, und bei anderen Krankheiten solche, für welche sie erloschen war.

[1]) Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Gießen.

[2]) *Heilbronner,* über Fugues und fugue-ähnliche Zustände. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, XXIII. Band, 1. und 2. Heft.

Digitized by Google

E. Schultze,[1]) der andere Autor, welcher diesen Gegenstand neuerdings zusammenfassend bearbeitet hat, gewinnt im wesentlichen dieselben Resultate, nur daß er die Häufigkeit solcher Zustände bei Epilepsie höher und bei Hysterie geringer eingeschätzt wissen will, als *Heilbronner*. Bezüglich der Erinnerung warnt er ebenfalls davor, ihr Verhalten als ausschlaggebend für die Diagnose einer Bewußtseinsstörung anzusehen, da einerseits die Merkfähigkeit gegenüber den Einzelheiten, welche sich unmittelbar vor und während der Wanderung abspielen, vielfach durch überwiegen trüber Stimmung beeinträchtigt wird — eine Wirkung des Affektes, die entsprechend auch unter gesunden Verhältnissen zu beobachten ist — während andererseits die Angabe des Kranken, er entsinne sich aller Erlebnisse, nicht das Fehlen schwererer Bewußtseinsveränderungen beweist.

Durch unabhängig voneinander gewonnene Beobachtungen sind ferner die beiden Autoren zu einem für den psychologischen Mechanismus des Wandertriebes sehr wichtigen Ergebnisse gelangt, daß nämlich — kurz gesagt — in der Mehrzahl der Fälle dysphorische Zustände die unmittelbare Grundlage der Wanderungen bilden. Dieser Einblick ist gewonnen worden durch Angaben der Angehörigen, die dem Anfalle vorangegangene Verstimmungen berichteten, ferner durch klinische Beobachtung abortiv verlaufener Anfälle und schließlich durch solche Mitteilungen der Kranken selbst, denen die Umstände objektiven Wert verliehen und zu deren sichersten zweifelsohne Briefe gehören, welche in der dem Anfalle angehörigen Periode verschickt worden sind (vgl. *Heilbronners* Beobachtung I).

Unter denjenigen Fällen, welche im letzten Jahre wegen pathologischer Wanderungen der Gießener psychiatrischen Klinik zugeführt worden sind, befinden sich drei, die durch eine zusammenhängende, bis in kleinste Einzelheiten gehende subjektive Darstellung ihres Anfalles auffielen. Eine Reihe von Stichproben, welche z. T. mit Hülfe der betreffenden Ortsbehörden vorgenommen wurden, erwies jedes der geprüften Details als

[1]) *Ernst Schultze*-Bonn. Über krankhaften Wandertrieb. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. LX. Band (1903) 6. Heft.

Digitized by Google

richtig. Damit war für eine Reihe der mitgeteilten Erlebnisse die Erhaltung der Erinnerung sicher erwiesen. Da nun ferner die Kranken ihren Bericht, ohne sich zu widersprechen, des Öfteren wiederholten, und da auch ihre Angaben über frühere Erlebnisse, besonders über Krankheitszustände ähnlicher Art, sich als zutreffend erwiesen, so wird man berechtigt sein, ihrem Referate im ganzen Glauben zu schenken.

Weiter zeigte sich nun, daß jeder dieser Fälle — zwei davon sogar in ganz ausgeprägtem Maße — ein einheitliches klinisches Krankheitsbild darstellte, so, daß auch ohne Berücksichtigung der einzelnen Umstände der Wanderung der Verlauf einer Krankheit deutlich zu ersehen war.

Diese Konstellation erscheint, da sie keine allzu häufige ist, beachtenswert, indem sie den Versuch nahe legt, die beiden gegebenen Größen — nämlich die Summe von Einzelheiten des Anfalles und den klinischen Gesamtverlauf — in Beziehung zu setzen und das Gemeinsame zu ermitteln.

I. Fall. K. F., 33¾ Jahre alt. Mechaniker; in der Klinik vom 17. November 1903 — 2. Januar 1904.

Seit dem 30. Oktober 1903 vermißt, hatte er sich am 17. November nachmittags daheim wieder eingestellt und war noch an demselben Abend der Klinik zugeführt worden. Er gab folgendes an: am 30. Oktober vormittags begab er sich von Hause fort, um in einem einige Stunden entfernten Orte ein Dampfbad zur Bekämpfung seines Rheumatismus zu nehmen, geriet aber statt dessen in ein nahe gelegenes Dorf, irrte dann einige Stunden im Walde umher und kam in die Gastwirtschaft eines anderen Dorfes, in der er zu Mittag aß und bis zum nächsten Morgen verweilte. Er beschrieb genau die Einrichtung der Gaststube, nannte als Personen, mit denen er sich unterhalten hatte, den Metzger, den Vorsteher und den Schullehrer und berichtete, daß er ein vom Wirt zum Nachtlager angebotenes Zimmer zuerst mit der Bemerkung, lieber auf Stroh schlafen zu wollen, verschmäht, schließlich aber, da der Wirt empfindlich wurde, angenommen habe. Am Morgen darauf ging er planlos weiter, wich den Menschen, die er kommen sah, aus und kehrte trotz seines Hungers und obwohl er Geld bei sich hatte, nirgends ein, sondern trank nur gelegentlich etwas Wasser. Durch den Wald gelangte er wieder auf den Heimweg, kroch jedoch vor der Stadt in die einem Gasthause zugehörige Scheuer, um zu schlafen. Mittels einer Leiter stieg er durch eine offene, fensterartige Stelle, die in Stockwerkhöhe lag, in die Scheune, zog die Leiter nach sich und verbarg sie im Stroh. Er selbst begab sich in den tiefer gelegenen Teil des Gebäudes und hauste dort 17 Tage. Anfangs spürte er lebhaften Hunger, verlor aber dieses Gefühl bald. Seinen Durst stillte er nachts an dem

Digitized by Google

Brunnen des Gehöftes, bis es sich einmal zutrug, daß ein die ganze Nacht hindurch dauerndes Fest ihn wegen der fortwährenden Nähe von Menschen hinauszusteigen verhinderte. Nunmehr beschloß er, sich zu verproviantieren, rüstete sich in der nächsten Nacht mit zwei Sekt- und einer Rotweinflasche aus, die er im Hofe vorfand, und füllte sie aus einem Bache, zu dessen Erreichung es eines kleinen Marsches über einen in der Nähe gelegenen Berg bedurfte. War der Vorrat aufgezehrt, so ersetzte er ihn auf dieselbe Weise. Er vernahm das Läuten der Glocken, die sonntägliche Tanzmusik und im Stroh das Rascheln der Mäuse. Einmal hörte er, wie draußen einige Leute, darunter der Hausbursche des Lokals, nach der verschwundenen Leiter suchten. Über irgend welche akustische oder optische Wahrnehmungen, die auf Halluzinationen verdächtig wären, berichtete er nichts. Angeblich hat er während der ganzen Zeit nicht geschlafen. Am 17. November kam ihm plötzlich der Gedanke: „du mußt fort". Auf der Stelle rüstete er sich zum Aufbruche, indem er von seinem Lager zu der Scheunenöffnung hinaufstieg und seine Kleider säuberte. Die heftigste Ungeduld hatte ihn erfaßt, so daß er den Eintritt der Dunkelheit nur schwer erwarten konnte. Von seinem bisherigen Versteck aus begab er sich in seine Wohnung, auf deren Treppe er seiner Zimmerwirtin begegnete, die auf seinen Gruß „guten Abend" heftig erschrak. Einige Stunden später erfolgte die Aufnahme in die Klinik.

Diese Angaben hat E., wie oben schon erwähnt, mehrfach wiederholt, stets in derselben detaillierten Art und ohne Widersprüche. Außerdem wurde amtlich festgestellt, daß er vom 30. Oktober bis 17. November vermißt worden, daß die Leiter, deren er sich zum Aus- und Einsteigen bedient hatte, während dieser Zeit einmal gesucht worden war, und daß im Stroh der Scheune zwei Sektflaschen lagen. Auch ist zu beachten, daß die lokalen Darstellungen mit den geographischen Verhältnissen durchweg übereinstimmten. —

Die Beobachtung in der Klinik zeigte folgende Erscheinungen: während der ersten Tage häufig depressive Äußerungen, nämlich konstant trüber Gesichtsausdruck und trauriges Wesen, gelegentlich — bei der Exploration über die jüngsten Vorgänge — Tränen. Er selbst bezeichnet sich als krank in bezug auf die Stimmung, als sehr niedergeschlagen „wegen der ganzen Geschichte", durch die er für seine Kollegen zum Gegenstande des Spottes geworden wäre.

Er war mit Ausnahme des Datums genau orientiert, faßte alle Vorgänge seiner Umgebung schnell und scharf auf und zeigte eine intakte, gut entwickelte Intelligenz. Körperlich wurde Nystagmus, Lebhaftigkeit der Kniephänomene und Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit festgestellt; während des Sprechens traten häufig klonische Zuckungen im Gesicht und Bewegungen der Ohren auf.

Ein auffallender Vorfall wurde aus der vierten Nacht nach der Aufnahme mitgeteilt: er soll sich plötzlich aufgerichtet, einen Revolver verlangt und geäußert haben, es sei ein tiefes Loch gegraben worden, aber er wolle „die Brüder schon kriegen". Später befragt, erzählte er, er hätte im Halb-

Digitized by Google

schlafe lebhaft geträumt, es wäre gewesen, als hätte man ihm die Decke weggezogen. Ähnliches hat sich nicht wiederholt.

Allmählich wich die Niedergeschlagenheit einer gleichmäßig ruhigen Stimmung. Die Erzählung seiner Abenteuer war nicht mehr von depressiven Äußerungen begleitet und gefolgt, sondern wurde gleichmütig, oft sogar mit einem leichten Anflug von Humor gegeben.

Betreffs der Intelligenz bestätigte sich das anfangs gewonnene Urteil.

Über Herkunft und frühere Schicksale des Kranken teilte der Bruder mit: Mutter gesund, Vater, mit 64 Jahren an Speiseröhrenkrebs gestorben, war zeitweise reizbar und wenig widerstandsfähig gegen Alkohol. Sechs Geschwister, alle gesund. Der Kranke hat nie an Krampfanfällen, Kopfschmerzen, Bettnässen oder Schlafwandeln gelitten. Er ist von jeher still und zurückhaltend, auch den Angehörigen gegenüber auffallend wenig mitteilsam, dabei immer „leicht exaltiert" gewesen. In der Schule hat er sich bei sonst mittlerer Begabung durch gutes Gedächtnis ausgezeichnet. Als Lehrling hat er aus Ärger über einen Gehilfen einen Zettel mit der Drohung, sich das Leben nehmen zu wollen, geschrieben und ist ins Wasser gegangen. Nach diesem fehlgeschlagenen Selbstmordversuche blieb er acht Tage der Arbeit fern, indem er im Bette lag und viel weinte. Patient bestätigte diese Angabe und korrigierte nur das Motiv: er wäre fortgelaufen, weil man ihm wegen eines Bohrers, den er zerbrochen, Angst gemacht hätte.

Im Jahre 1889 hatte er, vor dem Eintritt in seine jetzige Stellung, vagabondiert und war dabei sehr heruntergekommen. Zeitweilig hat er ohne ersichtlichen Grund die Arbeit ausgesetzt, sich zu Bett gelegt und nur Wasser zu sich genommen. Zustände, die drei bis vier, einmal elf Tage gedauert haben, ohne daß sie seinerseits eine Motivierung erfuhren. Er äußerte alsdann nur, man sollte ihn in Ruhe lassen.

Auch diese Mitteilungen erklärte E. für richtig und führte aus, es wäre ihm manchmal auf dem Wege zum Geschäfte unvermittelt der Entschluß erwachsen, spazieren zu gehen, dem er dann nachgegeben hätte. Teils schon am nächsten Tage, teils erst nach längerer Zeit zur Arbeit zurückgekehrt, hätte er zuweilen einen Verweis erhalten.

Er wurde am 2. Januar 1904 gekräftigt, als geordneter, lebensfroher Mensch aus der Klinik entlassen; begab sich auf einige Wochen zu Verwandten und kehrte dann in seine frühere Tätigkeit zurück.

Wir fassen nun zunächst kurz zusammen, was uns außer den Einzelheiten des Wanderzustandes über den Fall bekannt geworden ist.

E. ist, anscheinend in mäßigem Grade, erblich nervös belastet. Ausgesprochene Krankheitserscheinungen werden für die Zeit der Kindheit sowohl von ihm, wie von den Angehörigen verneint. Dagegen wird berichtet, daß er mit einer absonder-

Digitized by Google

lichen psychischen Grundbeschaffenheit — Verschlossenheit und exaltiertem Wesen — ausgestattet war, und zwar in einem Maße, welches den Angehörigen frühzeitig bereits auffiel. Damit ist der Verdacht psychischer Degeneration nahegelegt, ohne daß sich jedoch über die Form derselben vorerst etwas Bestimmtes sagen ließe. Erst jener Vorfall vom Ausgange des Knabenalters, der als offenkundige pathologische Steigerung dieser Anlage berichtet wird, gibt einen deutlicheren Hinweis: ein unbedeutendes Versehen nämlich (Zerbrechen eines Bohrers) wird von den Kameraden, die E.s Charaktereigentümlichkeit wahrscheinlich schon ausgespürt hatten, benutzt, um ihm Angst zu machen: das geringfügige Vorkommnis nimmt alsbald in seiner Vorstellung ungeheure Dimensionen an und führt Folgen ernstester Art herbei, ein Vorgang, der in fast klassisch zu nennender Weise die psychogene Reaktion zeigt. Fortan kommt es nun häufiger vor, daß er plötzlich der Arbeit fernbleibt, Verkehr und Nahrung ablehnend, teils daheim verweilt, teils tagelang umherstreift. Ein Motiv gibt er nur für eine Anzahl dieser Fälle an, nämlich daß ihm plötzlich der Gedanke gekommen sei, spazieren zu gehen. Es wird also ein anscheinend ohne Zusammenhang auftauchender Einfall stracks in die Tat umgesetzt, entgegen der Pflicht und dem persönlichen Vorteil. Achtzehn Jahre lang wurde E. von solchen Anfällen heimgesucht, bis ein ganz besonders heftig verlaufender ihn in klinische Behandlung brachte. Hier wurde bei körperlichen Zeichen starker nervöser Erregung eine ziemlich tiefgehende Depression beobachtet, die sich auf physiognomischem und sekretorischem Gebiete, sowie in seinen Worten kundtat und bei Hinweis auf das jüngste Ereignis in allen ihren Äußerungen eine beträchtliche Steigerung erfuhr, bis allmählich die Beruhigung eintrat. Seine Situation war ihm keineswegs gleichgültig, vielmehr fühlte er sie — im Gegensatze zu anderen Kategorien der hierher gehörigen Kranken[1]) — als äußerst peinlich, besonders in Rücksicht auf seine Kollegen. Darauf, daß die Intelligenz nicht nur intakt war, sondern sich sogar als ziemlich hochstehend offenbarte, sei nochmals hingewiesen. —

[1]) *Ernst Schultze*-Bonn, s. S. 1.

Digitized by Google

Die Frage nun, ob es sich im vorliegenden Falle um Epilepsie handeln könnte, kommt nach dem bisher Gesagten wohl kaum noch in Betracht, da eben jedes andere epileptische Symptom fehlt, als die anfallsweise auftretenden Wanderungen, diese aber nicht eindeutig zu bewerten sind. Dagegen haben wir ein anderes, ganz bestimmtes Symptom bereits mehrfach bei E. angetroffen, nämlich die psychogene Reaktion: wir fanden sie angedeutet in der psychischen Grundbeschaffenheit, sahen sie in jenem ersten Ausbruche in eklatanter Weise, in späteren Anfällen flüchtiger zutage treten und begegneten ihr während der klinischen Beobachtung auf psychomotorischem Gebiete. Das heißt also: wo immer wir hier außer der Tatsache des Wanderanfalles auf ein Krankheitssymptom stoßen, ist es das der psychogenen Reaktion, nämlich das übermäßige Anwachsen, welches ein an sich geringfügiger Vorfall im Vorstellungsleben erfährt und die überaus schnelle und leichte Umsetzung einer Vorstellung in Handlungen und nervöse Reizerscheinungen.[1]) Wir sehen uns mithin genötigt, die Krankheit des E. als psychogene aufzufassen und den Fall folgendermaßen zu definieren:

E. leidet an einer auf degeneriertem Boden erwachsenen Krankheit, welche sich in nicht selten ausbrechenden, stets gleichartig verlaufenden Anfällen von Geistesstörung äußert, die überall, wo sie der psychiatrischen Beurteilung — sei es durch Anamnese, sei es durch direkte Beobachtung — zugänglich geworden sind, sich als unverkennbare Steigerungen des psychogenen Charakters darstellen.

Nachdem wir uns so über die Natur des Leidens klar geworden sind, betrachten wir den Wanderzustand vom November 1903, als den am ausführlichsten und sichersten bekannt gewordenen auf seine Eigentümlichkeiten hin.

Wir haben gesehen, daß der Kranke nach Beendigung seiner Wanderung über den ganzen Verlauf und viele Einzelheiten zutreffend zu berichten vermochte. Die Auffassung und Merkfähigkeit für äußere Umstände war somit während des Anfalles erstaunlich

[1]) Vgl. *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten, I. Auflage. 1894.

Digitized by Google

gut erhalten. Ganz anders dagegen verhält es sich mit dem Berichte über innere Vorgänge. Auf die ganz spärlichen Mitteilungen, welche nach dieser Richtung hin wirklich vorliegen, kommen wir gleich zu sprechen. Vorerst sei betont, daß speziell aus den Zeiten, während welcher E. in der Scheuer im Stroh lag, zwar eine ganze Reihe von Wahrnehmungen äußerer Reize erzählt wurden — das Rascheln der Mäuse, die Tanzmusik, Glockengeläut, Stimmen der Menschen — daß aber von ihm fast nichts angegeben werden kann, was er gefühlt oder gedacht hätte. Dieser Ausfall könnte bedingt sein durch massenhafte Halluzinationen, die das Gedächtnis für innere Erlebnisse erstickt hätten. Dann jedoch wären auch die äußeren Vorgänge kaum in dieser nachgewiesenermaßen richtigen Weise aufgefaßt worden, oder E. hätte in seine Erzählung Dinge hineingemischt, die anderweitig suspekt auf Sinnestäuschungen wären. Demnach scheint, gerade in Rücksicht auf die sonstige Ausführlichkeit seiner Angaben, die Annahme am nächsten zu liegen, daß einfach in dem fraglichen Punkte nichts zu berichten ist, d. h. daß eine weitgehende Einschränkung des Willens- und Vorstellungslebens stattgefunden hat.

Es empfiehlt sich, jetzt einmal die Motive zu betrachten, welche E. selbst anführt, zumal wir dadurch gleichzeitig eine Zusammenstellung der wenigen inneren Zustände überhaupt bekommen, von denen berichtet wird. Wir finden alsdann: Scham — bewegt ihn, am zweiten Wandertage, um die Begegnung mit Menschen zu vermeiden, von der Landstraße in den Wald zu entweichen; Durst — treibt ihn, hier und da die Scheune zu verlassen; Furcht, beim Wasserholen ertappt zu werden — veranlaßt ihn, einen recht umständlichen, Überlegung und komplizierte körperliche Leistungen erfordernden Modus der Verproviantierung auszuüben. Er selbst gibt an, es wäre ihm „zu gefährlich" gewesen, auf die bisherige Art seinen Durst zu stillen, zu gefährlich, weil er dabei mit Menschen hätte zusammentreffen können. Was ihm dieses Zusammentreffen als Gefahr erscheinen ließ — ob z. B. Scham — läßt sich nicht entscheiden.

In diesem Falle nun müssen, so befremdlich das an und für sich klingen mag, die Motivierungen, welche der Kranke selbst

Digitized by Google

gibt, durchaus beachtet werden. Deshalb nämlich, weil wir, wie immer wieder betont werden muß, einen Referenten vor uns haben, der sowohl durchaus bereitwillig, als auch erwiesenermaßen richtig Auskunft erteilt. Es sei nochmals auf die verblüffende Übereinstimmung, die in den angestellten Stichproben zutage trat, hingewiesen. Der Kranke motiviert also eine Reihe von Handlungen, welche dem Anfalle angehören, vollkommen ausreichend, während er andere, und zwar mit die wichtigsten — das Verharren im Stroh, das Zurückkehren in diese Situation, den Verzicht auf die Forderungen der Bequemlichkeit usw. — nicht zu begründen vermag. Nicht auf den Inhalt seiner Begründungen kommt es daher so sehr an, als vielmehr auf **die Tatsache der Motivierung und Nichtmotivierung überhaupt.** Darin nämlich werden wir seiner Erinnerung trauen dürfen, da kein eigentlicher „Dämmerzustand" vorliegt, daß er dort, wo er motiviert, auch wirklich Motive gehabt hat, und daß dort, wo er nicht zu motivieren vermag, gar keine Motive vorhanden gewesen sind, daß an jenen Stellen überhaupt kein bewußter Motus des Willens stattgefunden hat. Wie nun eine solche „Willenslähmung" zustande gekommen ist, darüber weiter zu sprechen, würde nur zu Hypothesen führen. Hier ist es vielmehr am Platze, sich zu erinnern, daß uns nicht bloß der einzelne Anfall, sondern der ganze Verlauf einer Krankheit vorliegt, deren Äußerungen den psychogenen Charakter tragen, und uns damit zu bescheiden, in dieser Motivlosigkeit den Ausdruck einer psychogenen Ausfallerscheinung zu erblicken.

Die Beendigung dieses ganzen Zustandes erfolgte in Form eines plötzlichen Einfalles, indem, wie E. erzählte, ihm auf einmal „der Gedanke kam: ‚du mußt heim'". Alsbald ergriff ihn heftige Ungeduld, die ihn kaum den Zeitpunkt erwarten ließ, da er unauffällig sein Versteck verlassen konnte. Dieser Zug bedarf kaum noch einer besonderen Erörterung, so sehr paßt er in den Rahmen der bisher vertretenen Auffassung.

Es soll nun nicht verfehlt werden, zum Schlusse noch ein Ereignis mitzuteilen, welches sich acht Monate nach der Entlassung E.s aus der Klinik abgespielt hat: Verfasser, der erfahren hatte, daß E. seit langem wieder in seiner alten Stellung tätig

Digitized by Google

war, bat diesen brieflich um Auskunft über sein Ergehen und erhielt zehn Tage später von dritter Stelle die Nachricht, daß E. seit mehreren Tagen wieder verschwunden wäre. Ein Freund und Kollege des letzteren hat nun folgendes mitgeteilt: Durch den Brief ist E. in starke freudige Erregung versetzt worden, hat unter Tränen seiner Rührung darüber Ausdruck gegeben, daß die Ärzte sich seiner noch erinnerten, und hat beschlossen, am folgenden Sonntage einen Ausflug nach G. zu unternehmen. Am Abend desselben oder nächsten Tages beging er einen starken Alkoholexceß, der seit der Genesung von dem beschriebenen Anfalle die erste Entgleisung darstellte, obwohl in der Zwischenzeit mannigfach — z. B. bei Ausflügen, denen E. sich angeschlossen hatte — Gelegenheit zu stärkerem Alkoholgenusse gewesen war. Statt nun nach G. zu fahren, machte er am Sonntag einen größeren Spaziergang, blieb Montag und Dienstag vormittag im Bette liegen, ohne Nahrung zu sich zu nehmen, und soll Dienstag mittag in der Absicht fortgegangen sein, den gewohnten Mittagstisch aufzusuchen. Er ging jedoch weiter, machte im Gasthause des benachbarten Dorfes W. Station und übernachtete daselbst dreimal, nachdem er den Tag im Walde zugebracht hatte. Weitere acht Tage, die er fortblieb, hat er, späteren eigenen Angaben gemäß, nicht weit von der Landstraße im Walde zugebracht. Wiederum hat er allerlei Einzelheiten berichtet: er habe sich ein Lager zurechtgemacht, von Wasser und Äpfeln gelebt und allerlei Vorgänge von der Straße her vernommen, ohne daß diese ihn jedoch interessiert hätten. Er kehrte spontan zurück und folgte seinem Kollegen, der den Auftrag hatte, ihn in das Krankenhaus zu begleiten, willig, nur daß er den Wunsch äußerte, lieber am Abend hinzugehen, weil er sich schämte, auf der Straße gesehen zu werden. Nach achttägigem Krankenhausaufenthalte hat er sich wieder zu Verwandten begeben.

Der Gastwirt in W. bestätigt, daß E. drei Tage bei ihm gewohnt hat; er sei durch scheues Wesen aufgefallen, habe sich gleich nach dem Frühstück in den Wald begeben und sei erst bei Einbruch der Dunkelheit heimgekehrt. Auf Befragen soll er angegeben haben, es sei ihm vom Arzte verordnet worden, viel spazieren zu gehen.

Digitized by Google

Am Schlusse seiner Mitteilungen betont der Freund des E. nochmals, wie solide und fleißig dieser in der Zwischenzeit gelebt habe, daß er den Kollegen seines ruhigen, freundlichen Wesens wegen sehr sympathisch und durch mannigfaltige Interessen, Belesenheit in der schönen Literatur und vorzügliches Gedächtnis bekannt sei.

Dieser Anfall zeigt abermals und zwar in der denkbar unzweideutigsten Weise, nachgewiesen durch ein, wenn auch unabsichtlich angestelltes, psychologisches Experiment, jene psychogene Reaktion, von der oben die Rede war, so daß damit die anfängliche Auffassung eine neue Bestätigung erfahren hat.

II. Fall. C. S., 27 Jahre, Meßgehilfe beim Eisenbahnbau; in der Klinik vom 9. Mai bis 10. Juli 1904.

Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Über frühere Krankheiten ungewisse Angaben. Der Vater berichtet von „Krämpfen", die sein Sohn im achten Lebensjahre durchgemacht haben soll, die sich aber schließlich als Angstanfälle herausstellen, welche damals vorübergehend aufgetreten sind. Als Soldat soll S. vor sieben Jahren einige Zeit „durcheinander" gewesen sein, nachdem er beim Baden hat ins Wasser springen sollen. Über die intellektuelle Entwicklung bestehen zweifelhafte Mitteilungen. Er wird als intelligenter Arbeiter dargestellt, während er in der Schule schlecht gelernt haben soll. Alkoholismus und Infektion mit Lues scheint nicht vorzuliegen.

Folgende Vorfälle hatten zur Überweisung in die Klinik geführt:

Am 18. März 1903 hatte S. seinen Vater, mit dem er auf der Landstraße beschäftigt war, plötzlich mit der Bemerkung verlassen, er wolle ein wenig spazieren gehen, und war am 20. März mittags in völlig erschöpftem Zustande wieder zu Hause eingetroffen. Seither war er den Angehörigen durch merkwürdige Reden aufgefallen — „laßt endlich einmal die Hexen draußen", „wer ist denn schon wieder im Keller?" — denen ungewöhnliche Handlungen entsprachen. Er stieg auf den Boden und in den Keller, um sich zu überzeugen, wer dort wäre, und entfernte im Garten angebrachte Drähte mit der Bemerkung, er habe jetzt die ganze Geschichte raus, man wolle ihn elektrisieren.

Bei der Aufnahme in die Klinik fiel körperlich auf: starke Steigerung der Cremaster- und Bauchdeckenreflexe, lebhafte Patellarreflexe, geringer Tremor der Finger, geringer horizontaler Nystagmus.

Er war orientiert über seine Person, über Zeit und Ort, sowie über den Zweck der mit ihm vorgenommenen Untersuchung. Schulkenntnisse und Rechenvermögen waren gut erhalten. Anfangs machte er einen leicht gehemmten Eindruck und erklärte, daß er sich krank fühle. Jedoch schon nach wenigen Stunden wurde er lebhaft und gab folgende Auskunft:

Digitized by Google

Am 16. März 1904 verließ er vormittags seine gewohnte Beschäftigung beim Neubau einer Bahnlinie, nachdem ihm „die Sache so komisch" vorgekommen war, und begab sich in der Richtung nach seiner in einem nahen Dorfe gelegenen Wohnung, machte jedoch bald kehrt, um wieder an die Arbeit zu gehen. Er begegnete seinem Aufseher und sprach mit ihm. Als er sich von ihm trennte, wäre „links ein kolossaler Strom gegangen", es hätte „so gesaust". Darauf arbeitete er noch zwei bis drei Stunden, aber „es hat nichts mehr geklappt". Am Nachmittage blieb er daheim bei seinen Eltern, und legte sich zu Bett, weil ihm „nicht wohl" war und er ein Sausen im Kopf verspürte. Die Nacht darauf schlief er gut. Am anderen Morgen befand er sich wohl und half beim Reinigen der Scheuer. Nachmittags besuchte er seinen Vater, der mit Arbeiten auf der Landstraße beschäftigt war, und beschloß nach dem Kaffeetrinken, da ihm „nicht gut" war, eine halbe Stunde spazieren zu gehen; eine genauere Beschreibung des Unbehagens wußte er nicht zu geben. Ungefähr nach Ablauf der vorgesetzten Frist kehrte er bei einer Schutzhütte um und ging auch einige Schritte zurück. Alsbald trieb es ihn in der vorher eingeschlagenen Richtung weiter; er mußte sie verfolgen, entgegen der bestimmt von ihm gehegten Absicht, umzukehren. Im Weitergehen hörte er zur Linken wieder den „Strom". Später bog er vom Wege ab, einem Gehöft entgegen, weil er dort die Stimme eines Bekannten hörte, der lustige Lieder sang. Als er in die Nähe des Gehöftes kam, verstummte der Gesang. Er wanderte nun weiter in der Richtung auf eine größere Ortschaft. Bei einem Sägewerke begegnete er einem Eisenbahnzuge, wobei es ihm vorkam, als habe sich alles nach links gedreht. Dann trank er Wasser an einer Stelle, deren Lage er ebenfalls genau bezeichnete. Auf dem ganzen Wege war alles so komisch und so ruhig, obwohl Leute gingen und Wagen fuhren. Gegen 12 Uhr nachts kam er in der kleinen Stadt N. an, nach deren Bahnhof er sich begab. Der letzte Zug war eben abgefahren, alles war still, nur im Bahnhofsgebäude ließ sich ein seltsames Knacken hören. Als er, auf dem Rückwege zur Stadt, am Atelier des Photographen R. vorbei kam, war es, als bekäme er eine Dusche. In einem Restaurant am Markte versuchte er vergeblich, Nachtquartier zu bekommen, er wandte sich schließlich an zwei Nachtwächter, die ihm auf der Wache Schlafgelegenheit verschafften. Am Morgen begab er sich in die Bahnhofwirtschaft, um den nächsten Zug zur Heimkehr zu benutzen, verweilte jedoch hier bis Mittag und machte sich nunmehr zu Fuß auf den Weg, dabei das nächste Dorf vermeidend, weil er alte Kleider angehabt hätte. Er geriet in eine Gegend, offenbar Wald und Haide, die er als „Wildnis" bezeichnete, verlief sich, nachdem er eine Weile unter einem Baume geschlafen, vollends und irrte zwei Stunden lang in der Dunkelheit umher. Er erzählt von einer Menge Sensationen, die er jetzt verspürt habe. Einmal vernahm er die Stimme eines Bekannten; dann, als er auf eine vom Höhenklub errichtete Signalstange zuging, drehte sich deren Fahne in auffälliger Weise herum und der Mond, der bisher noch nicht zu sehen gewesen war, trat plötzlich

Digitized by Google

hervor. Aus dem Walde ertönte kolossales Hundegebell, wobei auffallend war, daß ihm die Gegend, obwohl er sie nicht kannte, doch bekannt vorkam. Er machte nun wieder kehrt, setzte sich auf eine Bank und „wußte gar nicht mehr, was er anfangen sollte", auch könne er sich hier „auf manches nicht mehr besinnen". Er ging auf die Lichter zweier Ortschaften los, wobei alles, als er das Feld quer durchwanderte, „so gefährlich" erschien. Endlich gelangte er in eines dieser Dörfer. Auf der Suche nach einem Wirtshause kam er an einem Affentheater vorbei, welches ihn jedoch nicht interessierte, und fand schließlich ein Gasthaus. In der Gaststube redeten die Leute allerlei „dummes Zeug", von dem er glaubte, daß es auf ihn gemünzt sei. Ein befreundeter Knecht, den er dort antraf, gewährte ihm Unterkunft für die Nacht. Am folgenden Tage holte ihn sein Bruder mit dem Wagen ab und brachte ihn zu den Eltern, die sofort den Arzt kommen ließen. Er selbst legte sich ins Bett, da er sich krank fühlte, und es ihm im Kopf wirbelte.

Diese Erzählung wurde von S. freundlich, mit wachsender Lebhaftigkeit gegeben: mehrfach äußerte er den Wunsch, die ganze Tour mit jemandem zusammen zu wiederholen, da er dann vieles weit besser erklären könnte. Zur Verdeutlichung entwarf er während seines Berichts eine Bleistiftskizze, die den zurückgelegten Weg wiedergab, und auf der er die einzelnen Stellen markierte, an welchen ihn die seltsamen Empfindungen (das Sausen, die Dusche, das Hundegebell usw.) betroffen hatten. Eine Vergleichung mit der Landkarte zeigte, daß die Skizze in bezug auf Richtung des Weges und Lage der Ortschaften richtig, und hinsichtlich der Entfernungen nicht ungeschickt angefertigt war. Auf eine Reihe von Fragen erfolgte dann noch die Auskunft, daß er, trotz des Ungewöhnlichen seiner Erlebnisse und trotzdem ihm selbst manches als gefährlich erschienen wäre, keine Angst verspürt hätte. Die Erscheinungen, von denen er berichtet, hätten keineswegs auf Einbildung beruht, wohl aber hielte er es für möglich, daß sie übernatürlicher Art gewesen wären.

Diese anfangs gegebene Darstellung der Wanderung nun wurde ebenso, wie bei dem Falle E., mehrfach reproduziert, stets ohne Widersprüche, manchmal auffallend durch die Ähnlichkeit ganzer Sätze. Einige Mitteilungen, die der Kranke noch hinzufügte, entsprachen in ihrem Wesen ganz den bisherigen; es wäre sonderbar gewesen, wie „die Vögel hin und herflogen"; als er den Vater auf der Straße besuchte, wäre irgendwo ein Schuß losgegangen, das „war, wie Vaters Abschied". Der Mond, den er so plötzlich hervortreten sah, hätte im ersten Viertel gestanden. Es sei in bezug auf diesen Punkt bemerkt, daß laut Angabe des Kalenders, damals Neumond gewesen ist.

Die Nachforschung nach einer Causa externa ergab, daß einige Tage nach dem Ausbruche der Wanderung ein gerichtlicher Termin über eine Beleidigungsklage stattfinden sollte, die S. gegen einen Arbeiter angestrengt hatte, weil dieser ihm „etwas nachgesagt haben sollte". Der Kranke gab

Digitized by Google

zu, daß ihn diese Angelegenheit unterwegs teilweise beschäftigt hatte, betonte aber, daß sie nicht die Veranlassung zu der Wanderung gewesen wäre. Vielmehr hätte es ihn einfach vorwärts getrieben, so daß er die bestimmt gehegte Absicht, umzukehren, nicht zur Ausführung hatte bringen können.

Zu dieser ganz klaren, zusammenhängenden Art der Berichterstattung traten bald nach der Aufnahme in die Klinik eine Reihe von Handlungen und Reden in Gegensatz, die den Fall schließlich klarlegten.

S. lehnte es ab, klinische Kleider anzuziehen, blieb im Bette liegen, wusch sich nicht und verlangte anderes Essen, mit der Begründung, er habe etwas Besseres verdient. Später erfuhr diese Bemerkung, welche gelegentlich immer wiederkehrte, den Zusatz, er wäre nun ein reicher Mann. Er wisse, daß etwas vor sich gehe, er lasse sich nicht verrückt machen. Ein Brief an die Eltern und Geschwister enthielt folgende Stellen: „liebe Eltern, was habt Ihr denn gar nichts gesagt, was gegen mich vorging. Ich weiß doch so ziemlich alles. Ich glaube nicht, daß Ihr so dumm sein könnt und Euch allerlei Kohl vormachen ließt .... Sind die H.er Bauern bald alle Fürsten. — ich sahe mitunter meinen Spaß daran. Doch l. Eltern ich muß es Euch gestehen, daß mein Geist anderen Sachverhältnissen stande."

Es beginnt nun eine massenhafte Produktion schriftlicher Kundgebungen, teils auf einzelnen Zetteln, wie: „ich bestimme einen Religionsverteidiger", oder „ich erkläre, daß ich mit meiner Schwester keinen geschlechtlichen Verkehr gehabt habe" und dgl., teils in langen Briefen voll geheimnisvoll klingender Andeutungen und Wendungen, oft in bizarrer Ausdrucksweise, manchmal mit Wortneubildungen: „wenn hinten vorne wäre, dann wäre ich ein reicher Mann. Auch alles Wissen macht Kopfweh. Halte das Buch mit dem Afrikanischen Herrgott, halte doch nur das Buch in Ehren"! Ich will es nämlich durchlesen: das war ein schönes Stück Fleisch oder Möbel", „genug von der Suppe u. m. d. Beelgung": ferner, in einem Briefe an das technische Bureau der Eisenbahndirektion in Frankfurt a. M.: „Mein Name ist Karl S., früher Meßgehilfe u. Bahn- o. bezw. Arbeiter; aber doch will ich Euch Herren zugleich mitteilen, daß ich diese Person nicht mehr bin." Solchen schriftlichen Äußerungen entsprach bald auch das Verhalten, welches er in Unterredungen an den Tag legte. Oft gab er abgerissene Bemerkungen, welche geeignet waren, den Verdacht auf Wahnideen zu erregen, jedoch, wenn man ihnen nachging, in nichts zerflossen und nie weiter entwickelt wurden, nie auf eine bestimmte Wahnvorstellung, geschweige denn auf ein System führten.

Einige Versuche, die Merkfähigkeit zu prüfen, hatten nur das Resultat, daß es absolut nicht gelang, ihn auf die sehr einfache Methode einzustellen.

Auf körperlichem Gebiete wurden vorübergehend nervöse Reizerscheinungen beobachtet: Tränen, gesteigerte Patellarreflexe, stärkerer Tremor der Finger, Rötung des Gesichtes.

Zu allen diesen Erscheinungen gesellten sich noch Andeutungen von starrer Haltung, auffallende Manipulationen mit dem Kopfkissen, das er über den Kopf gestülpt trug, vorübergehende Zurückweisung der Nahrung.

Digitized by Google

Die Darreichung von Zinkoxyd und Bromsalzen führte nicht die geringste Änderung herbei.

Der Verlauf der Krankheit, den wir über einen Zeitraum von fünf Monaten überblicken konnten, ließ in klinischer Beziehung keinen Zweifel. Es handelte sich um einen Fall von primärer Demenz mit schwachen paranoischen Zügen.

Einige Briefe, die später, nach der gegen Revers, auf Wunsch des Vaters erfolgten Entlassung eintrafen, glichen ganz den oben angeführten Beispielen. —

Bei der Betrachtung des Wanderzustandes, der wir uns jetzt zuwenden, ist zunächst wiederum die gut erhaltene Auffassung und Merkfähigkeit für äußere Vorgänge zu beachten, auf welche die Übereinstimmung der einzelnen Berichte miteinander, die richtige topographische Wiedergabe des Weges und die als zutreffend erwiesenen Darstellungen einer Reihe von Einzelheiten aus dem Beginne und vom Schlusse der Wanderung deuten.

Sodann aber fällt von Anfang an das starke Hervortreten eines halluzinatorischen Momentes auf, von welchem, der Erzählung gemäß, der ganze Zustand durchsetzt war. Diese Sensationen, die sich auf mehreren Sinnesgebieten abspielten, trugen fast durchweg den Charakter des Unbestimmten — „es sauste", „es knackte", „ein Strom", „eine Dusche" war zu spüren — und nur selten einmal verdichteten sie sich zu einer präziseren Wahrnehmung. Dieser Unbestimmtheit der Empfindungen entsprach vollkommen die Art der Auffassung: während wir als folgerichtig irgendwelche Affekte, z. B. Angst, erwarten, erfahren wir immer nur, daß alles „so komisch", „so sonderbar", „auffallend ruhig" war, ja sogar „so gefährlich", aber doch nicht furchterregend.

Diese Angaben nun sind deshalb bedeutsam, weil sie innerhalb der ganzen Reproduktion, welche bei ihrer sonst klaren und den Zusammenhang wahrenden Art recht wenig geeignet ist, einen Demenzprozeß vermuten zu lassen, gerade dasjenige Moment enthalten, welches später fast ausschlaggebend für die Diagnose geworden ist. Wir begegnen nämlich nachher auf dem Gebiete der Wahnbildungen — durch Monate hin zu beobachten — demselben Zuge des Zerfließenden, nicht Greifbaren, kurz der Schwäche,

Digitized by Google

welche eine Wahnidee nicht über die ersten Anfänge hinauskommen läßt, und die sich in jenem Verhalten der sinnlichen Wahrnehmungen und ihrer inneren Verarbeitung bereits ausdrückte.

Weiter sehen wir, daß auch in diesem Falle die sonst so reiche Berichterstattung an einem Punkte versagte, dort nämlich, wo S. angibt, er habe nun gar nicht mehr gewußt, was er anfangen solle und könne sich „auf manches nicht mehr besinnen". Also, wie es scheint, ein Dämmerzustand. Wie nun im Fall I die Berücksichtigung der übrigen Krankheitsverhältnisse uns über die Natur der offenbar schwersten Bewußtseinstörung wenigstens zu einer bestimmten klinischen Auffassung führte, so vermag die ähnliche Art der Betrachtung auch von diesem „Dämmerzustande" eine Vorstellung zu geben. Dieser setzte nämlich ein in der „Wildnis", als die Stimme des Bekannten laut wurde, als Hundegebell ertönte, die Fahne der Signalstange sich in bedeutungsvoller Weise drehte und der Mond plötzlich hervortrat, das heißt, als offenbar eine Häufung der bisher nur vereinzelt berichteten Sinnestäuschungen stattfand. Wir können somit den Dämmerzustand aus dem massenhaften Ansturme von Halluzinationen herleiten, ihn als vorübergehende halluzinatorische Verwirrtheit auffassen.

Als Motiv der Wanderung gibt der Kranke nur an, es habe ihn vorwärts getrieben, so daß er gegen seinen Willen weitergehen mußte.

Was die Frage der Causa externa anbelangt, so haben wir keinen hinreichenden Grund, eine solche in der Gerichtsverhandlung zu erblicken, die dem S. bevorstand, vielmehr dürfte die Annahme näherliegen, daß die erhobene Anklage bereits eine dement paranoische Handlung darstellt.

Die Beendigung der Wanderung war keine spontane, da der Kranke von seinem Bruder abgeholt wurde und sich die weiteren Äußerungen des primären Schwachsinns kontinuierlich an den Wanderzustand anschlossen.

III. Fall: Carl C., 32 Jahre alt, Buchhalter. In der Klinik vom 27. Juni bis 10. Juli 1904. Eltern gesund, ein Bruder geistig minderwertig. C. selbst hat in der Schule gut gelernt. In der sechsten Klasse der Realschule begegnete es ihm, daß er vom Lehrer heimgeschickt wurde, um eine angeblich daheim liegengebliebene Arbeit zu holen, die jedoch in Wirklichkeit garnicht angefertigt worden war. Statt nach Hause, begab er sich in den Wald.

Digitized by Google

irrte dort umher, kehrte gegen drei Uhr nachts zurück, überstieg die Hofmauer des elterlichen Grundstückes und legte sich auf dem Heuboden schlafen, wo er am Morgen gefunden wurde. Im 14. Lebensjahre war er vom Reck gefallen und ohnmächtig geworden, hatte sich jedoch schnell wieder soweit erholt, daß er allein heimgehen konnte. Vor 13 Jahren war ihm der gleiche Unfall wiederum passiert; diesmal soll die Bewußtlosigkeit eine halbe Stunde angehalten haben.

C. war Kaufmann geworden; vor 6 Jahren reiste er für das Geschäft seines Vaters. In dieser Tätigkeit hat er, seinen eigenen Angaben gemäß, viel getrunken. Vor 2 Jahren bemerkte er Störungen, die sich in heftiger Unlust äußerten, welche sich steigerte, wenn er von einer Geschäftsreise heimkehrend, viel Arbeit vorfand. Er litt dann an Schlaflosigkeit, reiste auch vielfach umher, ohne seine Kunden zu besuchen, da er sich nicht fähig gefühlt hätte, Offerten zu machen. Manche Orte ließ er aus und suchte anderseits auch solche auf, die gar nicht auf seiner Reiseroute lagen. Er fürchtete, zu Grunde zu gehen, fühlte sich bei solchem Umherstreifen sehr unglücklich, konnte sich lange nicht aufraffen, dem Zustande ein Ende zu machen, war „ganz willenlos". Schließlich kehrte er doch spontan nach Hause zurück, vermochte aber nicht, seinem Vater anzuvertrauen, daß er Schulden gemacht hatte und daß seine Bücher in Unordnung waren. Laut Mitteilung des Vaters hatte er bei solchen Gelegenheiten auch Gelder einkassiert und nicht abgeliefert. Seit einem Jahre etwa sind seine Verhältnisse geregelt, er lebt in einer großen Stadt am Rhein als Buchhalter und ist glücklich verheiratet. Er hatte zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten gearbeitet, seine Bücher in Ordnung gehalten, bis etwa Mitte April 1904 ein Zustand einsetzte, der durch mangelhaften Schlaf und Unlust zur Arbeit ausgezeichnet war. Jetzt wurden die Einträge vernachlässigt, die Arbeiten häuften sich, und obwohl er, um das Versäumte nachzuholen, eine Stunde früher in das Geschäft ging, als vorgeschrieben war, blieb alles liegen, weil er sich nicht fähig fühlte, zu arbeiten. Dieser Zustand zog sich über zwei Monate hin und wurde immer unerträglicher; alle Versuche, energisch zu arbeiten, scheiterten, da die Unruhe wuchs, heftige Angst ihn packte, und er sich matt fühlte. Schließlich wurde die Angelegenheit durch den Bruder des Patienten aufgeklärt; letzterem ging seitens seines Chefs die Zusicherung zu, daß ihm, da die Kasse in Ordnung war, keine Unannehmlichkeiten erwachsen sollten und er seiner Stellung nicht verlustig gehen würde. Trotz dieser günstigen Wendung verließ C. am nächsten Morgen, als der Chef sein Kommen telephonisch angemeldet hatte, das Geschäft, nachdem er infolge von Herzklopfen vergeblich zu arbeiten versucht hatte.

Mit diesem Augenblicke begann eine ausgedehnte Wanderung; nach kurzem Aufenthalte in einer Gastwirtschaft in der Nähe seiner Wohnung ging es in einige Vororte und dann unter Benutzung der Bahn in benachbarte Städte. Lokale wurden aufgesucht, in denen er Wein mit Wasser trank, „nicht so sehr weil ich Durst hatte, sondern weil es mich momentan

Digitized by Google

beruhigte". Nachtquartier wurde genommen, häufig der Entschluß gefaßt, heimzukehren, die Reise jedoch wieder unterbrochen und nach einer andern Richtung gelenkt. Schließlich gelangte er nach Berlin, wo er sich an Verwandte wenden wollte, damit diese ihm aus dem unglücklichen Zustand heraushelfen; vor dem Hause derselben angekommen, wagte er jedoch nicht, hineinzugehen. Über diesen Berliner Aufenthalt berichtete er zuerst, er wüßte nicht recht, wo er dann überall gewesen sei: später fügte er einige Einzelheiten hinzu, z. B. daß ihm der Gedanke gekommen wäre, einen Revolver zu kaufen und Selbstmord zu begehen, daß er den Einfall jedoch zurückgewiesen hätte, aus Scheu, man möchte ihm im Laden, bei dem Kaufe, sein Vorhaben anmerken. Vom Anhalter Bahnhof aus fuhr er nach Halle, beschloß bald diesen, bald jenen seiner Verwandten aufzusuchen, bald nach Hause zu fahren, verwarf aber diese Entschlüsse stets wieder in der Vorstellung, er könne sich so nicht sehen lassen und reiste kreuz und quer, immer den eingeschlagenen Weg wieder ändernd, bis es ihm endlich gelang, eine Stadt zu erreichen, in der ein dort wohnender Vetter von ihm telegraphisch an die Bahn bestellt worden war. Von diesem wurde er in Empfang genommen und beherbergt und atmete auf in dem Gefühle der Befreiung und Sicherheit.

Zwei Tage später kam er in die Klinik und gab mündlich diesen Bericht in genauester Anführung der einzelnen Umstände.

Örtlich und zeitlich war er vollkommen orientiert. Von nervösen Reizerscheinungen fiel auf, daß sich die Augen manchmal mit Tränen füllten, und das an der Stirn eine stärkere Füllung der Gefäße deutlich wurde. Die Patellarreflexe waren lebhaft, Fußklonus fehlte. Tremor der Finger war nur ganz gering.

An der Stirn fand man drei alte Narben, je 1,5 cm lang, deren Ursprung er zum Teil nicht angeben konnte; eine sollte daher rühren, daß er vor ca. vier Jahren, nachts aufschreckend, sich gestoßen hätte.

In den nächsten Tagen gab er noch als Grund für sein Fortlaufen an, er habe sich vor der ersten Begegnung mit dem einen seiner Chefs gescheut; dabei wurden wieder Tränen beobachtet und fibrilläres Zucken um den Mund, dagegen auch jetzt kein stärkerer Tremor der Finger, kein Fußklonus, keine Steigerung der Kniephänomene. Suizidtendenz lehnte er fortan ab. Mitunter klagte er darüber, daß er bei dem Versuche, etwas zu lesen oder seine Angelegenheiten zu überdenken, sich nicht zu konzentrieren vermöchte. Manchmal wurde er von peinlichen Träumen heimgesucht, in denen die Erlebnisse seiner Wanderung eine Rolle spielten.

Von der Klinik aus sollte er sich in Begleitung seiner Frau zur weiteren Erholung auf das Land begeben. —

Dieser Fall ist nicht so, wie die vorhergehenden, durch den klaren Verlauf einer klinisch gut abzugrenzenden Krankheit ausgezeichnet, bietet aber doch eine Reihe scharf hervortretender Eigentümlichkeiten, die einfach festgestellt werden mögen:

Digitized by Google

Die psychische Grundbeschaffenheit zeigte eine außerordentliche Labilität, die in vollem Umfange zutage trat, als C. den für ihn gerade so ungünstigen Beruf eines Zigarrenreisenden ergriff. Jahrelang begegneten ihm dabei fortwährend Entgleisungen zum Teil schlimmster Art, die ihn wohl nur deshalb nicht in gerichtliche Verwickelungen gebracht haben, weil er im Dienste seines Vaters stand. Die Vorkommnisse aus dieser Periode erwiesen die psychische Degeneration, nachdem die Tatsache der geistigen Minderwertigkeit eines Bruders und ein fugue ähnlicher Akt aus der Schulzeit des Kranken bereits einigen Verdacht nach dieser Richtung hingelenkt hatten. In der Darstellung dieses Lebensabschnittes heben sich einige Angaben über „Willenlosigkeit", „schwere Unlust" und Mangel an Schlaf hervor, die an sich zwar beachtenswert sind, in dem ganzen Wirrsal von Alkoholexzessen und Vernachlässigungen des Berufes jedoch vorerst nicht entscheidend verwertet werden können. Später hingegen gewinnen sie ausschlaggebende Bedeutung.

Die verworrenen und mißlichen äußeren Umstände nämlich klären sich, seine Schulden werden bezahlt, er ist eine glückliche Ehe eingegangen und hat in einer großen Stadt einen auskömmlichen, anständigen Posten erhalten, den er völlig zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten verwaltet, da — kehren jene Beschwerden, Unlust zur Arbeit und Schlaflosigkeit, ohne ersichtliche Ursache wieder und bilden das erste Glied einer Kette von Unregelmäßigkeiten im Dienste und Depressionen, die qualitativ den früheren zu vergleichen sind. Nur wissen wir jetzt, daß es sich eben nicht bloß — normalpsychologisch gesprochen — um einen schwachen Charakter handelt, der den „Verführungen des Lebens" nicht standzuhalten vermag, sondern daß spontan auftretende trübe Verstimmungen den Krankeitszustand einleiten, der hier schließlich in eine Wanderung pathologischer Art ausläuft. Der Bericht über diese Reise nun weist eine Anzahl psychogener Züge auf, von denen vor allem das Verhalten kurz vor dem Ausbruche der Wanderung genannt sei (die peinliche Vorstellung des Zusammentreffens mit dem Chef!). Ferner aber steht der Kranke, einschließlich der psychogenen Züge, vollständig unter dem Zeichen der ängstlichen Erregung, die am

Digitized by Google

klärten in der Aetiologie des ganzen Leidens erscheinen. Hier und hinterdrein, den betreffenden Abhandlungen zu folge, einen fünfstündigen ruhigen Ritt. Es ist somit das degenerative Moment, das in der Psychose selbst liegt, das sich hier äußert und in allen seinen Phasen in gleichmäßiger Weise wiederkehrt, nahezu, als ob dasselbe zwar in verschiedenen, weitaus dem eigentlichen Wesen der hier vorliegenden Krankheitserscheinungen entfernt.

Auch dieser Kranke wird auf das Ausführlichste von seiner Wanderung zu berichten, es wird ausführlichster Wanderlust, die ihn oben angetrieb ist. Aber auch er gelangt an einen Stillstand, nämlich in Berlin, an welchem die Zwangsvorstellungen erwachen, aber auch durch Unsicherheit und geringere Tiefung gegen die andern Störungen gekennzeichnet ist. Hier nun, wenn man für diese Zeit einen besonderen „Wanderwahnsinn" machen wollte, ein ganz besonders schönes Beispiel für die tractung hierüberhin, während das Bekannte vollkommen sie ersetzt, um dieses Zustand zu charakterisiren. Nach dieser Unterbrechung, welche durch besonders laute Steigerung der Psychose gekennzeichnet ist, erwachen die Zwangsvorstellungen, die Wanderlust, die Unsicherheit, die Unmöglichkeit, sich zu orientiren,

Zum Schlusse vergegenwärtigen wir uns kurz noch einmal den Gang und das Resultat unserer Betrachtungen:

Die hier beschriebenen Fälle wurden ausgewählt,

1. weil sie eine in seltenem Maße umfangreiche und aus den oben entwickelten Gründen als zuverlässig zu erachtende Darstellung des Wanderzustandes boten, und

2. weil der Verlauf der Grundkrankheit vollkommen, oder — wie bei III — doch zu einem großen Teile bekannt geworden war.

Damit waren wir in die Lage versetzt, das Vorkommen einer Reihe von Eigentümlichkeiten bei Wanderzuständen einiger Krankheiten zu konstatieren.

Weiter aber war uns die Möglichkeit gewährt, diese Eigentümlichkeiten der Wanderung mit denen der Grundkrankheit zu vergleichen und zu untersuchen, welche Stellung der einzelne Anfall im Rahmen der Grundkrankheit einnimmt.

Die überraschend gut erhaltene Auffassung und Merkfähigkeit schloß einen „Dämmerzustand" im gewöhnlichen Sinne aus, während die Tatsache der Wanderung in diesen Fällen zu der Annahme einer schweren Bewußtseinveränderung nötigte.

In jedem Falle nun sahen wir — bei II und III am augenfälligsten — eine (jeweilig verschiedene) Krankheitserscheinung innerhalb des Wanderzustandes derart bestimmt und intensiv hervortreten, daß sie diesen geradezu beherrschte. Auch kehrte dasselbe Moment im ganzen Verlaufe der Grundkrankheit wieder und zwar so ausgesprochen, daß es im Symptomenkomplexe derselben eines der wichtigsten Elemente darstellte; es sei erinnert an die dysphorischen Zustände des Falles III und an das unbestimmte, andeutungsweise, affektlose Halluzinieren von II.

Jedes dieser Momente reichte aus, eine schwerere Veränderung des Bewußtseins zu erklären. Wir waren somit nicht genötigt, in die klinische Betrachtung ein neues Element hineinzutragen, nämlich die Annahme einer besonderen, eigenartigen Bewußtseinveränderung, die — beispielsweise — bei primärem Schwachsinne vorkommen und dazu führen kann, daß der Kranke eine pathologische Wanderung antritt, sondern wir müssen vielmehr annehmen, daß dieselben Veränderungen, welche das Wesen der Grundkrankheit überhaupt bildeten, auch beim Zustande-

Digitized by Google

kommen der Wanderung wirksam waren: Die Bewußtseinstörung, welche für die Wanderungen unserer drei Fälle angenommen werden mußte, löst sich auf in die Elemente der Grundkrankheit.

Innerhalb der Wanderzustände nun waren wir überall auf einen Punkt gestoßen, an welchem die Berichterstattung bis zu einem gewissen Grade versagte, und wo man nicht unberechtigterweise von einem Dämmerzustande sprechen konnte. Abermals waren es hier die spezifischen Äußerungen der Grundkrankheit, die, diesmal in gesteigertem Maße, angetroffen wurden, nämlich das psychogene, das halluzinatorische und das dysphorische Moment.

Also auch der **Dämmerzustand** in engerem Sinne löste sich klinisch auf in die Elemente der Grundkrankheit.

Digitized by Google

Beitrag
zur Frage der Spätgenesung von Psychosen.[1])

Von
Dr. **Julius Sigel,** Stuttgart.

Schon den älteren Ärzten war die Tatsache nicht unbekannt, daß je länger eine Psychose dauert, desto ungünstiger die Prognose wird; andrerseits waren aber schon zu diesen Zeiten Fälle bekannt, die wir heute zu den Spätgenesungen rechnen. *Esquirol* erwähnt im Jahre 1838 in seinem Werk „Des maladies mentales" einen von *Pinel* beschriebenen Fall von Manie, der nach 25 Jahren zur Heilung kam; in demselben Werk beschreibt *Esquirol* selbst einen Fall einer wahrscheinlich hysterischen Psychose von zehnjähriger Dauer bei einem jungen Mädchen: J'ai vu une jeune fille, qui, depuis dix ans était en démence, avec suppression des règles. Un jour, en se levant, elle court embrasser sa mère: Ah! maman, je suis guérie. Ses menstrues venaient de couler spontanément et la raison s'était retablie aussitôt. Au reste, ces faits sont rares.

Wohl jedem erfahrenen Psychiater sind einzelne Fälle von Dauerheilung nach mehrjähriger Krankheit in seiner Praxis vorgekommen, doch wurde diesen Spätheilungen keine allzu große Bedeutung beigelegt, einerseits weil die Psychiater den Heilresultaten in vielen Fällen mit Recht skeptisch gegenüberstanden, andrerseits weil die fraglichen Patienten nicht genügend lange in Beobachtung blieben. Eine größere Wichtigkeit erlangte die Frage der Spätheilung von Psychosen durch die Einführung des Bürger-

[1]) Aus der Kgl. Heilanstalt Winnental (Direktor Medizinalrat Dr. *Kreuser*.)

Digitized by Google

lichen Gesetzbuchs, dessen § 1569 bestimmt, daß ein Ehegatte
Scheidung klagen kann, wenn der andre Ehegatte in Geist
krankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindest
drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat,
diese Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch j
Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlos
ist. Dieser Paragraph bringt dem Arzte eine große Verantw
lichkeit, da nach § 623 der Z.P.O. der Arzt bei der Frage
Ehescheidung zugezogen werden muß. Dieser Paragraph bestim
Auf Scheidung wegen Geisteskrankheit darf nicht erkannt werd
bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über
Zustand des Beklagten gehört hat. Es wird dem Arzt also
schwierige Frage betreffs Dauer und Prognose einer Geist
krankheit zur Entscheidung vorgelegt. Diese Frage ist darum
schwierig, weil wir keine bestimmten Kriterien für die Möglichk
früherer oder späterer Genesung haben. Für den Arzt ist zunäc
wichtig, die Frage zu beantworten, was man unter Genesung be
Spätgenesung zu verstehen hat. *Kreuser*[1]) glaubt Genesung
nehmen zu sollen, wenn offenkundige Krankheitserscheinung
nicht mehr vorhanden sind und Krankheitseinsicht sich eingest
hat, sowie, wenn keine oder so wenig Defekte zurückgebliel
sind, daß jemand wieder allen Anforderungen, die Lebensstell
und Beruf mit ihren verschiedenen Wechselfällen an ihn richt
wenigstens Jahr und Tag hindurch vollauf zu genügen imsta
gewesen ist und zwar auch dann, wenn etwa Rezidive zu
fürchten oder nach mehrjährigem Intervall eingetreten sind.
Spätgenesung zu sprechen, schlägt er vor, wenn die Psych
mehr als drei Jahre gedauert hat, also wenn die vom Bürgerlic
Gesetzbuch gezogene Zeitgrenze überschritten ist. Ob es berech
ist, den Begriff der Genesung bezw. Spätgenesung so weit
fassen, darüber gehen die Ansichten der Autoren noch auseinan
Kraepelin[2]) z. B. glaubt, daß einzelne Fälle von Spätheil
manisch-depressive Kranke betreffen. Die Mehrzahl der F
gehöre jedoch höchst wahrscheinlich in das Gebiet der Katato

[1]) *Kreuser*, Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten. Allgem. Zeits
f. Psych. Bd. 57, S. 773.

[2]) *E. Kraepelin*, Psychiatrie, 7. Aufl. Bd. I, S. 337.

Digitized by Google

und in diesen Fällen handle es sich nicht um völlige Genesungen, sondern um Heilungen mit Defekt, wenn sie auch die Rückkehr in die Familie unter Umständen sogar in die Berufstätigkeit ermöglichen. Bei diesen Heilungen mit Defekt hat nach *Kraepelin* der Genesende meist einen Teil der Persönlichkeit eingebüßt, er ist nicht mehr derjenige, der er früher war; es ist gerade das Beste und Wertvollste von der geistigen Individualität abgestreift (*Griesinger*). Dieselbe Ansicht finden wir in der Heidelberger Dissertation von *F. Wolf*[1]) vertreten. *Wolf* teilt elf Fälle von weitgehenden Besserungen bezw. Genesungen mit, die vorzugsweise Manisch-depressive und Katatoniker betreffen, aber auch zwei Epileptiker. Da, wie noch ausgeführt wird, die Fälle von Spätgenesung nach unseren Untersuchungen meist nicht in das Gebiet der katatonischen Erkrankungen fallen, so dürfte die Ansicht *Kraepelins* wohl etwas zu pessimistisch sein. Uns sind mehrere genau beobachtete Fälle bekannt, die trotz vieljähriger Krankheitsdauer wieder in den Vollbesitz ihrer geistigen Individualität gelangt sind.

Welche Erkrankungen sind es nun, bei denen erfahrungsgemäß noch spät eine Genesung eintreten kann? Diese Frage ist auf Grund des Literaturstudiums dahin zu beantworten, daß bei den meisten psychischen Krankheiten, sowohl den prognostisch günstigen, als ungünstigen, Spätgenesungen beobachtet sind bezw. erwartet werden können, wenigstens so lange nicht Defektzustände höheren Grades manifest geworden sind. *Binswanger*[2]) erwähnt einen Fall von chronischer halluzinatorischer Erregung und ausgeprägter (sekundärer) Wahnbildung, der nach schwerer Commotio cerebri (Sturz aus dem Fenster in selbstmörderischer Absicht) in Heilung überging, obgleich die Krankheit schon sieben Jahre bestanden hatte. *H. Schmitt*[3]) stellt in seiner Arbeit eine größere Anzahl von Spätheilungen aus der Literatur zusammen und zwar

[1]) *Franz Wolf*, Weitgehende Besserungen bezw. Genesungen von Geisteskranken unter spezieller Bezugnahme auf § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Pforzheim — Heidelberg 1899.

[2]) *Binswanger u. Siemerling*, Lehrbuch der Psychiatrie. S. 71.

[3]) *Heinrich Schmitt*, Spätheilung von Psychosen. Inauguraldissertation, Freiburg i. Br. 1904.

Digitized by Google

handelt es sich meist um Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit von Manie, Melancholie, Paranoia, remittierender Manie, Melancholie mit katatonischen Erscheinungen. *Schmitt* beschreibt sodann drei Fälle von Dementia nach puerperaler Melancholie (mit Heilung nach 13 Jahren), von Manie (Heilung nach drei Jahren) und von hysterischer Seelenstörung (mit Heilung nach vier Jahren) aus der Freiburger Klinik. Wir finden weiter aus jüngerer Zeit einen von *Freyberg*[1]) beschriebenen Fall von chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung nach siebenjähriger Krankheitsdauer, sowie mehrere Fälle von geheilter Paralyse *(Mendel)*. Ob es sich hier um Heilungen oder nur um langdauernde Remissionen handelt, mag dahingestellt bleiben. Ferner zeigt eine Statistik *Kreusers*[2]) von 35 Fällen, daß sowohl bei akut einsetzenden prognostisch nicht ungünstigen Erkrankungen depressiven oder exaltativen Charakters, als bei prognostisch ungünstigen Erkrankungen Spätgenesung beobachtet ist. Nur in einem der von *Kreuser* beschriebenen Fälle (No. 31) ist eine spätere Wiedererkrankung mit ungünstigem Verlauf bekannt geworden. Der auffallende Unterschied in den Beobachtungen genannter Autoren und derjenigen von *Kraepelin* ist zum Teil wenigstens in der verschiedenen Krankheitsbezeichnung zu suchen. Während *Kraepelin* in dem Bestreben, eine möglichst einheitliche, jeweils die zusammengehörigen Gruppen umfassende Einteilung der Psychosen zu geben, bestimmte Krankheitsbilder bezw. Symptomenkomplexe (wie die Hebephrenie, Katatonie und die Dementia paranoides) unter einem gemeinsamen Namen wie Dementia praecox zusammenfaßt, die auf einer zunächst allerdings nur hypothetischen Autointoxikation beruhen soll, vermeidet es *Kreuser* prinzipiell eine Krankheitsbezeichnung zu wählen, die schon in sprachlicher Beziehung (Demenz) einen abgeschlossenen Zustand bedeutet, namentlich wenn, wie im gewählten Beispiel, der Verblödungsprozeß kein dauernder und unheilbarer zu sein braucht. Mit der Diagnose soll nicht gleichzeitig die unter Umständen ungünstige Prognose aus-

[1]) *H. Freyberg*-Osnabrück, Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1901, 58. Bd., S. 29.

[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 57, S. 776.

Digitized by Google

gesprochen sein (*Kreuser*). *Kraepelin* findet z. B. bei der Hebephrenie 8% Genesungen, ist aber nicht sehr geneigt, von einer vollkommenen Heilung zu sprechen im Hinblick darauf, daß vielleicht nach ein bis zwei Jahrzehnten eine Wiedererkrankung auf der ursprünglichen Basis nicht ausgeschlossen erscheint. Wissenschaftlich mag ein derartiges Vorgehen berechtigt sein, praktisch ist es aber jedenfalls angezeigt, diese Fälle, auch im gerichtlich-medizinischen Sinn, als genesen zu betrachten, solange nicht die Hypothesen über Entstehung usw. dieser Krankheitsformen eine gesichertere Grundlage haben, mögen sie für unser naturwissenschaftliches Denken noch so ansprechend sein. — Wir werden uns zunächst die Aufgabe zu stellen haben, die Fälle von Spätgenesung im Sinne der von *Kreuser* gegebenen Definition zu publizieren, um günstigenfalls aus deren Studium eine zuverlässige Basis für die Prognose zu bekommen. Wenn auch der einzelne Fall oft nicht allzuviel Interessantes bieten wird, so sind wir doch vielleicht imstande, aus dem gesammelten Tatsachenmaterial bei kritischer Beleuchtung Punkte zu finden, die uns auf die richtige Bahn in der Beurteilung langdauernder Krankheitsprozesse führen. In den mitzuteilenden Krankengeschichten müssen Ätiologie und Heredität gleichermaßen wie Verlauf und die vermeintlich die Spätgenesung vermittelnden Momente ausführlich beschrieben und eventuell einer Kritik unterzogen werden, um zu sehen, ob der von *Kreuser* ausgesprochene Satz, daß die Spätgenesungen wohl im Wesen der Krankheit selbst gelegen und nicht akzidentellen Ursachen zuzuschreiben sind, auch auf die Dauer zu Recht besteht.

Aus den Untersuchungen, die sich mit dieser Frage bisher beschäftigt haben, geht hervor, daß die hereditäre Belastung verhältnismäßig gering ist; *Kreuser* erblickt hierin einen Hinweis auf die größere Widerstandsfähigkeit des nicht belasteten Gehirns gegen selbst lange fortwirkende Schädlichkeiten. Auffallend häufig bestanden Anomalien der Vita sexualis während der Erkrankung. Alter und Geschlecht spielt beim Eintritt der eventuellen Genesung insofern eine Rolle, als zur Zeit des Climakteriums bezw. beginnenden Seniums am häufigsten noch Spätgenesungen beobachtet wurden; auch beim männlichen Geschlecht wurden in der

Digitized by Google

entsprechenden Altersperiode mehrfach Spätheilung von Psychosen konstatiert. Wie bei manchen akuten und subakuten Psychosen sollen auch bei sehr langdauernden Prozessen fieberhafte Erkrankungen einen heilenden Einfluß haben, was *Kreuser* in seinen Fällen nicht bestätigen konnte, ebenso wird dem Trauma eine gewisse Bedeutung zugeschrieben. Ob der mit dem Trauma verbundene Shock zirkulatorische oder molekulare Veränderungen im Gehirn hervorrufen kann (*Lehmann*), die eine Umwälzung der zerebralen psychischen Funktionen bedingen, mag dahingestellt bleiben. Tatsache ist, daß mehrfach im Anschluß an Traumen Spätheilungen von Psychosen eingetreten sind. Auch die Versetzung in eine andere Umgebung wirkte in einzelnen Fällen günstig. Meist trat auch bei den Spätgenesungen die Heilung langsam ein, was vom ärztlichen Standpunkt wünschenswert erscheint, indem erfahrungsgemäß den akuten Besserungen mit einem gewissen Mißtrauen zu begegnen ist. Folgende drei Fälle, von denen der erste in Schussenried, die zwei andern in Winnental beobachtet sind, sollen lediglich als kasuistischer Beitrag zur Frage der Spätgenesung bei Geisteskrankheiten dienen.

I. M. B., 41 Jahre alt, verheiratet. Diagnose: Manie. Krankheitsdauer 8 Jahre.

Patientin soll stets gesund gewesen sein, hereditär nicht belastet. Seit zwölf Jahren verheiratet; ungünstige häusliche Verhältnisse, Mann Potator. Ehe nicht glücklich. Patientin hat zwei gesunde Kinder. Patientin hatte vielfach Selbstmordgedanken, soll einmal Gift genommen haben. (?) 1892 kam Patientin in tobsüchtigem Anfall nach Pfullingen, wo Patientin isoliert werden mußte. In Pfullingen Erregungszustände, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit. Diagnose in Pfullingen: Depressiver Wahnsinn.

Bei der Aufnahme in Schüssenried, April 1894, ist Patientin in mäßig gutem Ernährungszustand, ohne wesentliche körperliche Anomalien. Gesichtsausdruck leer. Über Ort und Zeit nicht orientiert. Der Affekt scheint erloschen. Einfache Rechenexempel werden gelöst, höhere sittliche Begriffe fehlen. Zeitweise Erregungszustände. Sexuell ist Patientin sehr erregt, schamloses Masturbieren, in allen Handlungen erotisch, oft unrein. Mai 1894 ist Patientin verwirrt, stark erotisch, legt sich in unanständige Positionen; Isolierung notwendig. Teilnahmlosigkeit den Ihrigen gegenüber. Geistige Leistungsfähigkeit reduziert. Bis Ende 1895 dauernd dasselbe Verhalten, hochgradig erotisch, zeitweilig schamlos, ideenflüchtig, arbeitet wenig. Januar 1896 tritt etwas Beruhigung ein, die sexuelle Erregbarkeit steht nicht mehr so sehr im Vordergrund. Patientin ist fleißig, hält sich für

Digitized by Google

gesund. März 1896. Vorübergehend sehr erregt und erotisch, verwirrt, wirft nach dem Arzt mit Steinen. Juni 1896. Knöchelfraktur infolge eines Sprunges. Während des Krankenlagers ziemlich indolent, später, August 1896, wesentliche Besserung im psychischen Verhalten. Patientin hält sich ruhig, gibt auf Fragen genügend Auskunft, arbeitet fleißig. November 1896. Perforation des linken Trommelfells mit starker Eitersekretion ohne wesentliche nachteilige Folgen. Januar 1897 zeigt Patientin rege Teilnahme anläßlich von Todesfällen, hält sich ruhig und geordnet, doch fehlt die Krankheitseinsicht. Langanhaltende Personenverkennung. Der Ernährungszustand hebt sich allmählig. Mai 1897. Patientin leidet sehr unter der Teilnahmlosigkeit der Ihrigen für ihre Person. Von kleinen Streitigkeiten mit anderen Patienten abgesehen hält sich Patientin gut. Körperlicher Zustand befriedigend. Im Jahre 1898 dauernd dasselbe Verhalten. Starke Charakter- und Urteilsschwäche, leichte Erregbarkeit, labiles Stimmungsgleichgewicht. Keine ausgesprochenen maniakalischen Anfälle. Häufig noch ein erotischer Zug vorhanden. Januar 1899 wird die Frage ventiliert, die Patientin probeweise zu beurlauben; wegen ungünstiger häuslicher Verhältnisse wird davon Abstand genommen. Dauernd leicht reizbar. Juni 1899. Auf einige Wochen zu ihrer Schwester beurlaubt, schreibt Patientin dankbare, noch etwas erotisch gefärbte Briefe. September 1899. Stimmung ernst und gleichmäßig, Patientin hat viel Interesse für ihre Umgebung. Oktober 1899. Vorübergehend sehr erotisch, anmaßend und anspruchsvoll, schreibt manische Briefe. November 1899. Beruhigung, häufiger Stimmungswechsel. Dezember 1899 ist Patientin zufrieden.

1900. Im ganzen geordnet, doch noch wenig Krankheitseinsicht. Mit ihrem Mann hat Patientin ein befriedigendes Abkommen geschlossen, was auf ihren Zustand günstig wirkt, doch ist Patientin höchst rücksichtslos im Anpumpen von Verwandten; zeitweise noch sehr reizbar; verwendet ihr Geld unzweckmäßig. Juni 1900. Akuter Brechdurchfall, Herpes, erholt sich bald und wird Ende Juni 1900 als gebessert entlassen. Wie spätere Besuche und Briefe zeigen, ist allmählich völlige Krankheitseinsicht eingetreten. Patientin schrieb mehrfach dankbare Briefe und ist heute, also nach mehr als 4½ Jahren imstande, einen großen Haushalt mit Erfolg zu führen, ist ihren Kindern eine treffliche Mutter und in jeder Beziehung als völlig genesen zu betrachten. Da, wie Ref. aus sicherer Quelle weiß, auch die frühere geistige Individualität in vollem Umfang wiedergekehrt ist, so ist im vorliegenden Fall von einer idealen Heilung, d. h. von einer Heilung ohne Defekt, zu reden.

Ätiologisch waren im beschriebenen Fall die ungünstigen häuslichen Verhältnisse sicher nicht ohne Bedeutung.

Hereditäre Belastung bestand nicht.

Die Vita sexualis war hochgradig alteriert.

Welche Momente für den Eintritt der Genesung verantwortlich zu machen sind, mag zunächst unentschieden bleiben. Ob der Eintritt in das Klimakterium, ob die Versetzung in eine andere Umgebung, in geordnete Verhält-

Digitized by Google

nisse, vielleicht sogar der fieberhafte Brechdurchfall zur Heilung beitrugen, wage ich nicht zu entscheiden.

Hervorzuheben wäre noch, daß das Trauma (die Knöchelfraktur), einen vorübergehend günstigen Einfluß auf das psychische Verhalten der Patientin gehabt hat.

II. S. L., Dienstmädchen, ledig, 28 Jahre alt. Diagnose: Halluzinatorische Störung mit periodischem Verlauf. Krankheitsdauer 4 (16?) Jahre.

Patientin unehelich geboren. Über hereditäre Belastung nichts zu eruieren. Mit 16 Jahren angeblich drei Monate lang verwirrt. Patientin wurde vergeßlich, unstet, sprach oft tagelang ohne Unterbrechung, häufig war sie auch völlig stumm. Seit dieser Zeit nie mehr ganz gesund; blieb als Dienstmädchen nie lange in einer Stelle. Juli 1899 fiel sie durch ihr sonderbares Wesen auf, war bald redselig, bald schweigsam, sehr vergeßlich. Ende August 1899 wurde sie völlig verwirrt und desorientiert, machte einen verstörten Eindruck, verweigerte die Nahrungsaufnahme, schlief nicht mehr, war sehr erregt und weinte viel.

Bei der Aufnahme am 11. September 1899 in die Anstalt war Patientin völlig verwirrt und desorientiert. Aus ihrem ganzen Verhalten geht hervor, daß sie lebhaften Sinnestäuschungen unterworfen ist. Keine körperlichen Veränderungen. In ihrem Benehmen zeitweise Indolenz. Es bestehen zahlreiche Gehörs-, Gesichts-, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. Es wird ihr gedroht, sie werde umgebracht, sie sieht schwarze Gestalten auf sich zukommen. Bei Nacht ist Patientin völlig fassungslos, sie wird elektrisiert, hat abnormen Geruch in der Nase, wie wenn alles verbrannt wäre. Die Speisen schmecken ekelhaft angebrannt. Alle diese Empfindungen sind das Werk ihrer Feinde, zu denen sie ihren verstorbenen Großvater rechnet. Aus der Art, wie sie ihre Wahnvorstellungen vorbringt, geht eine Beschränkung ihrer Intelligenz deutlich hervor. Patientin wird im Lauf der nächsten Monate ruhiger, hält aber an den Halluzinationen fest. April 1900. Äuserst labiles Stimmungsgleichgewicht. Lebhafte Halluzinationen. Juni 1900. Starke Erregungszustände. Vorübergehende Isolierung nötig. Gegen die Umgebung sehr aggressiv. Dezember 1900. Unreinlich, mußte künstlich ernährt werden. 1901. Wechselndes Verhalten, deutliche Halluzinationen, bald hochgradige Erregungszustände, motorische Unruhe, bald still und geordnet. Anfangs November 1901. Deutliche Krankheitseinsicht, hofft gesund zu bleiben. Intellektuell keine nachweisbaren Störungen.

25. November 1901 plötzlich wieder verwirrt. Der Anfall geht nach drei Tagen zurück. Bis Ende 1902 wechseln Erregungszustände von acht- bis vierzehntägiger Dauer mit ebensolangen freien Intervallen.

Januar 1903 schreibt Patientin einen sehr verständigen Brief nach Haus. Februar 1903 deutliche Ablenkbarkeit, motorische Unruhe, dann wieder tagelang Stupidität, zeitweise reizbar, doch im allgemeinen gutmütig und lenksam.

April 1903. Ausgesprochener Stimmungswechsel und große Reizbarkeit. Allmählich Krankheitseinsicht. Patientin wird zufriedener, bekommt mehr

Digitized by Google

Interesse für ihre Umgebung, arbeitet fleißig, ist liebenswürdig und bescheiden.

Juli 1903. Keine Eigentümlichkeiten, kein Intelligenzdefekt, Schlaf gut, Ernährungszustand ebenso. September 1903. Dauernd fleißig und geordnet. Körpergewichtszunahme. Als genesen entlassen. Krankheitseinsicht, dankbare Briefe.

III. J. L. Frau, 22 Jahre alt. Aufnahme 6. April 1897. Diagnose: Hysterische Seelenstörung. Krankheitsdauer: 9 Jahre.

Patientin ist hereditär belastet. Der Vater soll psychisch abnorm sein, er soll 1866 einen Suizidversuch gemacht haben (Ursache?), eine Schwester war zweimal in hiesiger Anstalt. Patientin soll von jeher infolge ungünstiger Verhältnisse zu Hause gedrückter Stimmung gewesen sein. Im Jahre 1894 machte sie bald nach ihrer Verlobung einen Selbstmordversuch, wurde aber noch rechtzeitig gerettet (die Kranke hatte sich in den Neckar gestürzt). Anfang 1897 infolge Hochzeitsvorbereitungen ziemlich große Anstrengungen. Daneben platonische Liebelei mit dem Bruder einer Freundin. Am 5. April 1897, drei Wochen nach der Hochzeit, klagte Patientin, daß sie sehr bedrückt sei: sie wurde sehr unruhig, verlangte in eine Anstalt gebracht zu werden, klagte über Kopfschmerzen, sagte, sie sei ganz schlecht und mache andere unglücklich. Patientin, ohne somatische Veränderungen, gibt bei der Aufnahme richtige Antworten, ist örtlich und zeitlich vollkommen orientiert, in ihren Äußerungen macht Patientin manchmal einen kindlichen Eindruck. Im allgemeinen ruhig, doch hört Patientin Stimmen, die sie ängstigen. Am 9. April 1897 morgens sieht Patientin unverwandt in eine Ecke, in dieser seien die Lebenden, wenn sie wegsehe, so sehe sie lauter Gerippe, außerdem bestehen Gehörstäuschungen. Sie sieht Totenbeine, will sterben, sieht Christus am Kreuz und hört die Juden schreien. Patientin schlägt sich stundenlang auf den Kopf, weil ein Geist ihr dies befiehlt. Sie glaubt, bei einem Husarenregiment zu dienen, hält den Direktor für den General, die Ärzte für Offiziere. Mai 1897. Patientin ist erregt, bald heiter, bald ängstlich, je nach dem Inhalt der sie beherrschenden Sinnestäuschungen. Die Erregung nimmt zu, so daß Hyoscininjektionen gemacht werden müssen. Patientin macht Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, nimmt die Nahrung nur vom Arzt selbst (erotisch?). 22. Mai 1897. Patientin macht einen ausgesprochen hysterischen Eindruck. In den folgenden Monaten vielfacher Stimmungswechsel. Juli 1897. Krankheitseinsicht, gedrückte Stimmung. August. Erscheinungen von Ulcus ventriculi. Bis Ende 1897 mehrfach heitere Erregungszustände. Februar 1898. Gedrückte Stimmung. Patientin schrieb folgenden Brief: Mein Hauptunglück ist das Gefühl und das Bewußtsein, daß ich täglich sehe, daß ich der elendeste, undankbarste und schlechteste Mensch bin und ganz gewiß weiß ich, daß dies keine krankhafte Meinung ist usw. Häufig lebensüberdrüssig. April 1898. Patientin wird ruhiger, psychisches Befinden zufriedenstellend. Am 26. Mai als gebessert versuchsweise beurlaubt. Zunächst ging es leidlich gut zu Haus. Am 5. Juni erfolgte der Ausbruch

Digitized by Google

einer neuen ängstlichen Erregung, sie schnitt sich in einem unbewachten Augenblick die Haare ab, trank Essig mit Schwefel in selbstmörderischer Absicht, war mehrere Stunden bewußtlos, so daß die sofortige Überführung in die Anstalt sich als nötig erwies. Bei der Aufnahme am 6. Juni 1898 war Patientin völlig verfallen, hatte einen beschleunigten, kaum fühlbaren Puls. Patientin erholt sich nur langsam, blieb lange Zeit deprimiert und verweigert des öfteren die Nahrung. Die nächsten Monate meist sehr gedrückt. Am 1. Dezember 1898 heftige Erregung ohne besondere Ursache. Hyoscin. Patientin beruhigt sich langsam und bleibt in der nächsten Zeit gedrückt und verschlossen. Deutliche Krankheitseinsicht.

1899. Von April bis Juni hatte Patientin dreimal Anfälle von plötzlich in der Nacht eintretender, nur wenige Stunden dauernder schwerster Aufregung, die ebenso rasch, wie sie gekommen sind, wieder verschwanden, nur mehrtägige Müdigkeit und Benommenheit hinterlassend. Diese Anfälle hatten ausgesprochen epileptoiden (hysterischen?) Charakter. Am 15. Juli 1899 gegen ärztlichen Rat entlassen. In diese Zeit fällt die Ungiltigkeitserklärung der Ehe. Anfangs zu Haus unruhig und verwirrt, später ruhig, gedrückt und verschlossen; ungünstiger häuslicher Verhältnisse halber erfolgte am 18. August 1899 wieder Aufnahme in die Anstalt. Anfangs war Patientin ruhig, im Oktober traten wieder Erregungszustände ein, welche die Verlegung auf die Wachabteilung nötig machten. Diese Erregungen wechselten bis Ende 1899 mit Depressionszuständen. Starke Gewichtszunahme in den letzten Monaten (14 Pfund). Nach den zeitweise erbrochenen Massen zu urteilen, muß Patientin heimlich viel essen, was sie in Gegenwart Dritter nicht tut.

1900. Zustand im allgemeinen unverändert. Häufiger Stimmungswechsel. 23. September machte Patientin, wohl in selbstmörderischer Absicht, einen Fluchtversuch. November viel Selbstmordgedanken. Anfang 1901 wieder Suizidversuch. Patientin nahm Abschied von den Patienten, schnitt sich die Haare ab, zog sich ein Halstuch um den Hals und verkroch sich unter dem Bett. Im Januar 1901 wegen Nahrungsverweigerung Sondenernährung.

Halluzinationen treten wieder mehr in Vordergrund, Patientin sieht schwarze Gestalten mit feurigen Augen, ist im übrigen ruhig, arbeitsam und dienstfertig. August 1901. Patientin sucht Stricke und Glasscherben, aber in sehr auffälliger Weise. September 1901. Patientin macht suizidale Versuche, hält sich für ihren Hund, sieht Teufel und Krebse; zahlreiche Halluzinationen. November. Patientin hat eigentümliche Gepflogenheiten, stiehlt andern das Essen, während sie bei Tisch nicht ißt. Februar 1902. Magenbeschwerden, ist unruhig, sucht sich die Haare auszureißen, äußert Selbstmordgedanken, verweigert die Nahrungsaufnahme. April 1902. Psychisches Verhalten besser. Mai. Schüchternes, verlegenes Wesen, geht den Ärzten bei der Visite aus dem Weg. Häufig Klagen über Obstipation, die Patientin aber nur der Oberwärterin, zu der sie eine schwärmerische Zuneigung gefaßt hat, vorträgt. Juli. Vier Wochen Urlaub nach Hause, drängt aber rasch

Digitized by Google

wieder in die Anstalt zu kommen. August. Erregungszustände wechseln mit zeitweise deprimierten Stimmungen, in denen sie sich mit Selbstanklagen überhäuft. Oktober. Suizidversuch. Dezember 1902. Husten, Müdigkeit, Kopf- und Kreuzschmerzen (Influenza). 30. Dezember. Ohrenweh, Tubenkatarrh. 1903. Patientin wird allmählich ruhiger, trägt aber ein scheues, geziertes Wesen zur Schau. Juni 1903 fühlt sich Patientin wohler, sie wird versuchsweise entlassen. Deutliche Krankheitseinsicht, Dankbarkeit. Auch in der Folgezeit subjektives Befinden dauernd gut; Patientin schreibt sehr verständige Briefe voll Dankbarkeit, in denen nur zeitweise eine leichte erotische Färbung und die Neigung zu Liebeleien auffällt. Die pathologische Erregbarkeit im Affekt, die Beeinträchtigungsideen, das äußerst labile Stimmungsgleichgewicht, sowie die mehrfach hervorgehobenen hysterischen Stigmata lassen die Diagnose hysterische Seelenstörung wohl berechtigt erscheinen. Die Frage, ob es sich um eine Spätgenesung im vollsten Sinne des Wortes handelt, ist diskutierbar. Immerhin vermag Patientin seit Monaten die Stelle einer Stütze der Hausfrau in größerem Haushalt auszufüllen trotz wiederholter schwerer Schicksalschläge. Wir wollen jedenfalls nur von einer Heilung der Psychose sprechen, während die hysterische Anlage fortbestehen mag, ohne weiter in die Erscheinung zu treten.

Ätiologisch spielt bei der hereditär belasteten Patientin die ihrer Neigung offenbar wenig entsprechende Verheiratung eine gewisse Rolle. Auch im vorliegenden Fall kommt also die Vita sexualis wesentlich in Betracht. Ob der Influenza 1902 irgend eine Bedeutung für die Besserung des psychischen Zustandes beizumessen ist, kann nicht entschieden werden, ist aber unwahrscheinlich.

Obgleich die Fälle von Spätheilung, wie aus den angeführten Literaturangaben hervorgeht, durchaus nicht so ganz vereinzelt dastehen, erscheint es mir doch noch zu verfrüht, einzelne häufiger wiederkehrende Symptome und Stigmata als prognostisch wichtig oder gar ausschlaggebend hervorzuheben, vielmehr ist die oben gestellte Forderung, alle einschlägigen Fälle zu veröffentlichen, noch weiter zu beherzigen, im Hinblick auf die Wichtigkeit der Frage namentlich für die gerichtliche Medizin.

Einer Bemerkung *Wolfs* möchte ich zum Schluß noch entgegentreten, nämlich, daß wir in den meisten Fällen mit dreijähriger Dauer schwerer Krankheitserscheinungen auf einen psychischen Zustand treffen dürften, welcher eine günstige Prognose im Sinne des Gesetzesparagraphen ohne weiteres ausschließen wird. Wir fanden in einer großen Zahl der in der Literatur beschriebenen Fälle oft nur geringe und vorübergehende

Digitized by Google

psychische Schwächezustände trotz mehrjähriger Krankheitsdau manchmal allerdings auch höhergradige, die sich aber mit d Eintritt der Genesung wieder völlig behoben.

Meinem sehr verehrten Chef, Herrn Medizinalrat Dr. *Kreu* spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und das Intere das er derselben entgegengebracht hat, meinen verbindlichs Dank aus.

Digitized by Google

Zur Lehre von der periodischen Manie.

Von

Dr. **Friedrich Geist,** Arzt an der Kgl. Sächs. Landesanstalt Zschadraß.

Im Nachfolgenden sei es mir gestattet, einen Fall von periodischer Manie zu beschreiben, der mir für die Lehre dieses Leidens nicht uninteressant zu sein scheint.

Um nicht zu lang zu werden, gebe ich die Krankengeschichte summarisch wieder.

Karl Eduard H. (Zschadraß No. 710), geb. 1851, Maurer.

Weder in der Familie, noch in der Verwandtschaft sind irgendwelche Fälle von Nerven- und Geisteskrankheiten, Trunksucht usw. beobachtet worden. Die Familie lebt, bezw. lebte in relativ guten Verhältnissen, die Angehörigen sind nette, vernünftige und wohlwollende Leute.

Patient entwickelte sich durchaus normal, machte in der Schule gleichmäßige Fortschritte und zeigte einen folgsamen Charakter. In den Knabenjahren, besonders vom 11. bis 14. Jahre, litt er viel an Kopfschmerzen. Im 14. und 15. Lebensjahre war er je einmal schwer fieberhaft und längere Zeit erkrankt, worauf bald eine geistige Abnormität folgte. — Von anderer ärztlicher Seite wird berichtet, daß H. im August 1865 an sehr heftigen Kopfschmerzen gelitten habe, die der behandelnde Arzt auf Würmer zurückführte. Trotzdem auf geeignete Maßregeln einige Würmer abgingen, zeigte sich Patient noch längere Zeit auffallend träge und nachlässig in der Arbeit, doch soll wieder Genesung eingetreten sein.

Im Januar 1866 trat bei H. ein Erregungszustand ein, der sich nach einem Schadenfeuer im Dorfe sehr steigerte. Der Kranke sprach unaufhörlich, war konfus, schimpfte oder brachte die gemeinsten Sachen vor. Er fand keine Ruhe, sondern lief viel umher. Mehrmals versuchte er, sich zu erhängen, auch wollte er seine kleine Schwester ins Wasser werfen. Oft entblößte er sich schamlos und ließ häufig den Urin in die Kleider laufen. Sein Schlaf war schlecht. Dabei traten aber mitunter vollständige Intermissionen bis zur Dauer einiger Wochen ein.

Digitized by Google

April 1866 fand der Kranke Aufnahme in der Irrenanstalt. Von hier wurde er später geheilt entlassen. Im Laufe der Jahre mußte H. öfters der Anstalt wieder zugeführt werden, jedesmal wurde er „geheilt" entlassen. Sein Aufenthalt in der Anstalt, sowie die Zeiten außerhalb verteilen sich in folgender Weise.

Vom April 1866 an:

Anstaltsaufenthalt	Außerhalb der Anstalt
1. 10 Monate	4½ Jahr
2. 3 „	½ „

(Bei diesem Anstaltsaufenthalte zeigte Patient keine eigentlichen Krankheitserscheinungen mehr, ein vorausgehender vierwöchiger Erregungszustand war bereits abgeklungen.)

Anstaltsaufenthalt	Außerhalb der Anstalt
3. 6 Monate	2¾ Jahr
4. 11 „	4 „
5. 18 „	7½ „
6. 34 „	9½ „[1])

Die früheren Anfälle gleichen nun in ihren wesentlichen Symptomen dem letzten, gegenwärtig, Dezember 1904 noch bestehenden. Hervorzuheben wäre nur folgendes: Bei seiner ersten Aufnahme, 1866, wird Patient als ein kleiner, dürftig entwickelter Mensch geschildert; bei seiner zweiten Aufnahme, 1871 als mehr als mittelgroß. — Auffallend ist bei dem Kranken die schon frühzeitig auftretende Neigung zum Selbstmord. Schon vor der allerersten Aufnahme machte er mehrere Versuche, sich zu erhängen. Später drohte er z. B. sich aufzuhängen, als ihm eine Zigarre verweigert wurde.

Die einzelnen Anfälle waren charakterisiert durch attackenweises Auftreten von Erregungen. Am Ende eines solchen Zustandes klagte Patient häufig über Darmbeschwerden. Zwischen den Attaken lagen die später näher zu erörternden Intermissionen. Bei seiner fünften Aufnahme 1880 befand sich der Kranke gerade in einer solchen. Er erklärte damals, als er in der Anstalt ankam, er sei krank und mit dem Gesundwerden werde es nicht so schnell gehen. Später auf der Höhe eines Erregungszustandes äußerte er dagegen, er sei in seinem Leben nicht verrückt gewesen.

In den Zeiten außerhalb der Anstalt, Lucid. interv., war H. durchaus fleißig und umsichtig. Kein Alkoholabusus. Dabei soll aber der Kranke ab und zu einige Tage geistig gestört gewesen sein. Von anderer Seite wird berichtet, daß er immer in den Herbstmonaten vorübergehend verstimmt gewesen sei. Doch soll im letzten Intervall eine auffallende geistige Störung nicht beobachtet sein.

---

[1]) Diese Zahlen geben übrigens auch ungefähr die Dauer des jeweiligen Anfalles an, da die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme durchschnittlich nicht geringer ist wie die der Rekonvaleszenz in der Anstalt.

Digitized by Google

Anfang 1902 trat eine neue, gegenwärtig, Dezember 1904 noch anhaltende Erkrankung ein.

Am 3. Juli 1902 wurde H. in Zschadraß aufgenommen. Die Beobachtung konnte nun im ganzen Verlauf des neuen Anfalles, vom Anfang an eine größere Anzahl sich gleichbleibender immer wiederkehrender Erregungszustände, die durch kurze, ruhige Zeiten getrennt waren, feststellen.

Die Erregungszustände traten ziemlich plötzlich, meist nachts ein, nachdem der Kranke kurz zuvor noch kein Zeichen der beginnenden Unruhe hatte bemerken lassen. Eine äußere Veranlassung konnte auch nicht nachgewiesen werden. Immer fiel bei Beginn des Zustandes das kongestionierte Aussehen des Patienten auf.

Der Kranke wurde nachts frühzeitig munter, lief im Schlafsaal umher, neckte andere Kranke, indem er ihnen die Deckbetten entzog u. a. m. Am Tage setzte er seinen Unfug fort.

Bei der Arbeit z. B. im Garten riß er Zweige von den Sträuchern ab, bewarf Mitkranke mit Erde usw. Auf dem Abort fing er seinen Kot auf und schmierte ihn an die Wand. Türen und Wände beklebte er mit Papierfetzen. Seinen Mitkranken nahm er Gegenstände weg, griff mit der Hand in ihr Essen, lief ruhelos herum und neckte und veralberte andere Kranke auf auf allerhand Art und Weise. Dabei war er heiterster Stimmung, lachte viel und klatschte im Übermut in die Hände. Widersetzten sich ihm andere Kranke, oder wurde ihm vom Pflegepersonal sein Treiben untersagt, so geriet er sofort in die maßloseste Wut. Er zerschlug Fensterscheiben, warf einmal seinen gefüllten Eßnapf an die Decke, schimpfte in den gemeinsten Ausdrücken und spuckte Personen an. Natürlich lag die ganze Schuld an anderen, die ihn gereizt hatten. Dieser Zustand steigerte sich schnell, Patient trommelte unaufhörlich an die Tür, zerriß seine Bettwäsche und demolierte alles, dessen er habhaft werden konnte. Oft brüllte er wie ein Tier, schrie auch des nachts lange Zeit „Feuer“ zum Fenster hinaus. Eine Unterhaltung war mit ihm nicht möglich. Er schimpfte sofort in der gemeinsten Weise auf den Arzt, indem er ihm die gleichgültigsten Dinge vorwarf, z. B. daß er (der Arzt) ihm nicht mitgeteilt hätte, was der Vater des Direktors sei. In wütendster Stimmung sprach er die unsinnigsten Drohungen aus: Der Arzt werde den nächsten Morgen nicht erleben; es würden ihm die Augen ausgestochen werden. Sein (des Patienten) Vater werde mit dem Revolver kommen und den Arzt erschießen und ähnliches.

Sprach man von den Angehörigen, die sich sehr viel um den Kranken bekümmerten, so äußerte er sich zynisch: „Mein Vater, der alte Sauh . . . . sch, ist der noch nicht krepiert? usw.“

Im Bade spritzte er alles voll, zerschlug Fenster, wobei er sich einmal schwer (Arterie) verletzte. Den Verband riß er bald wieder ab, „wollte verbluten“.

Ferner knüpfte er Streifen, die er aus seiner Bettdecke gewonnen hatte, an, und legte einmal seinen Kopf in die Schlinge. Ein zweites Mal traf er

Digitized by Google

wiederum solche Vorbereitungen, die aber schon früher vereitelt wurden. Er erklärte direkt, er wollte sich aufhängen.

Mit dem Essen schmierte Patient, im Bett hielt er sich sehr unsauber. Mitten in dem größten Paroxysmus schlug die Stimmung nicht selten um: Patient lachte plötzlich laut los und klatschte in die Hände. Sinnestäuschungen wurden nie beobachtet, konnten auch retrospektiv nicht festgestellt werden. Trotz der Erregung war Patient über Zeit, Ort und Personen orientiert.

Dieser Zustand hielt etwa fünf Wochen an. Die Heftigkeit blieb zwar nicht immer die gleiche, doch war der Schlaf während der ganzen Zeit stark gestört, der Kranke war immer übermütiger Stimmung, dabei leicht reizbar und stets zum Schimpfen geneigt. Ferner hielt er sich andauernd schmutzig.

Allmählich, ungefähr innerhalb acht Tagen verlor sich dann die Aufregung, um einem Zustand der Ruhe Platz zu machen. Patient wurde zugänglicher und schimpfte weniger. Schon jetzt, in der Zeit des Abklingens der Erregung, manchmal auch während der leichteren Nachlässe der Unruhe, gab der Kranke über seinen Zustand ein Urteil ab, das aber noch ganz manisch gefärbt war: „Ich habe wieder einmal gerappelt", oder „ich bin nun einmal ein verrücktes L . . . r."

Meist leitete ein eintägiges Stadium körperlichen Unbehagens die völlige Ruhe ein. Patient klagte über Seitenstechen oder starke Verstopfung. Für das erstere Sympton konnte ein objektiver Befund nicht erhoben werden, auch die Verstopfung konnte einmal direkt als irrig nachgewiesen werden. Trotz dieser Klagen konnte aber in dieser Zeit von einer eigentlichen Depression nicht die Rede sein. Dann aber trat völlige Ruhe ein. Der Kranke erbat sich reine Wäsche, wurde freundlich, schlief gut und hielt sich durchaus geordnet. Er verlangte Briefpapier und schrieb geordnete Briefe nach Hause. Hierin erwähnte er gelegentlich ganz spontan, daß er wieder krank gewesen sei. Zugleich hatte er Drang, sich zu beschäftigen und arbeitete auch fleißig.

Über seinen Zustand gab er klar Auskunft. Er sah vollkommen ein, daß er krank gewesen war. Als er einmal gefragt wurde, ob er denn seine Drohung dem Arzt gegenüber (Augen ausstechen usw.), wahrmachen würde, meinte er etwas verlegen, der Arzt wisse doch selber ganz genau, wie das aufzufassen sei. Er behauptete ferner durchaus nicht, wie man das bei den Remissionen anderer findet, daß der Zustand nicht wiederkehren würde; er sprach aber in späteren Intermissionen den Wunsch aus, es möchte doch bald zu Ende sein, es würde doch Zeit, daß er wieder nach Hause käme. Er wolle sich soviel wie möglich stemmen, wenn es wieder losginge. Tatsächlich konnte man auch anfangs sehen, wie Patient sich zusammennahm, was natürlich nur kurze Zeit Erfolg hatte.

Patient bot, kurz gesagt, während dieser Intermissionen im Anstaltsrahmen ein durchaus vernünftiges Verhalten dar.

Die Dauer dieses Zustandes dauerte 4 bis 14 Tage. Es muß aber betont werden, daß auch die kurzen Intermissionen ebenso weitgehende waren wie die längeren.

Digitized by Google

Epikrise.

Gehe ich nun zur Betrachtung des Falles über, so wäre zunächst die Art der Erkrankung festzustellen. Es bedarf keiner weiteren Erörterung, daß wir es hier mit einer periodischen Erkrankung zu tun haben, die gegenwärtig in ihrem siebenten Anfall auftritt. Zwischen den Anfällen wurden sogenannte Lucida intervalla bis zu 9½ Jahren beobachtet. Wenn auch der Kranke sich während der Lucida intervalla gelegentlich ganz vorübergehend geistig gestört gezeigt haben soll, so kann doch diese Tatsache — selbst wenn sie richtig gedeutet wird — an dem Bestehen der Lucida intervalla und damit auch einer periodischen Geistesstörung nichts ändern. In dem letzten Intervall von 9½ Jahren scheint die gute Zeit eine andauernde gewesen zu sein.

Die Anfälle selbst bieten keinen mehr oder weniger kontinuierlichen Verlauf, wie wir es in der Regel bei der periodischen Manie finden, sondern bestehen aus einer „Serie" von Erregungszuständen, die durch kürzere Zwischenpausen unterbrochen sind. — Daß wir es schließlich mit einem Falle von Manie zu tun haben, bedarf keiner weiteren Erörterung.

Bemerkenwert ist zunächst die Ätiologie der Erkrankung. Die gewöhnlichen Faktoren, Erblichkeit und Kopftrauma, fehlen vollkommen. Bekanntlich hat aber *Pilcz* nachdrücklich darauf hingewiesen, daß auch organische Erkrankungen des Gehirns bei der Entstehung periodischer Psychosen eine nicht unwichtige Rolle spielen. Hierfür bietet auch die Anamnese unseres Falles Anhaltspunkte. Es wird berichtet, daß H. vom 11. bis 14. Jahre viel an Kopfschmerzen gelitten hat; er ist ferner im 14. und 15. Jahre je einmal schwer fieberhaft erkrankt gewesen, und bald nach der betreffenden Erkrankung im 15. Lebensjahre stellte sich die erste geistige Störung ein. Ein Arzt, der Patient bei einem andern Anfall begutachtete, gibt an, H. (geb. 1851), sei im August 1865 mit starkem Kopfschmerz erkrankt, was der behandelnde Arzt als Symptom von Würmern angesehen hätte, die tatsächlich vorhanden waren. Eine darauf gerichtete erfolgreiche Therapie brachte aber dem Kranken keine Genesung; er war noch längere Zeit träge und nachlässig in seiner Arbeit. Es soll zwar dann Heilung eingetreten sein, doch kann diese —

Digitized by Google

Übergang einer leichten depressiven Hemmung in Manie? — nur kurz gewesen sein, denn bereits im Januar 1866 trat die Manie auf.

Trotzdem diese von verschiedenen Ärzten stammende Anamnese nur unvollkommen ist, so ergibt sich aus ihr doch ungezwungen, daß die Psychose sich auf dem Boden einer vorhergegangenen Erkrankung des Gehirns oder seiner Häute entwickelt hat.

Die Richtigkeit dieser Deutung läßt sich zwar nicht einwandsfrei beweisen; es müßte aber doch auffallen, daß die relativ intelligenten Eltern die Namen oder genaueren Symptome von zwei so schweren Erkrankungen ihres Sohnes nicht festgehalten hätten, wenn ein somatisches Leiden vorlag.

Übrigens leugnet auch der Kranke selbst, der sich noch genau an den Namen des behandelnden Arztes und die erhaltene Medizin (Brechweinstein) erinnert, eine Lungen-, Darm- oder Halskrankheit gehabt zu haben, nur das Vorhandensein der Würmer erwähnt er. Er, wie offenbar auch seine Eltern haben anscheinend nur das mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergehende Fieber wahrgenommen. Mag man nun die erwähnte Erkrankung aber auch beurteilen, wie man will, das eine ist doch wohl sicher, daß hierbei das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen war Und schließlich bleibt es für den vorliegenden Fall ja gleich, ob eine primäre oder sekundäre Gehirnerkrankung zum Ausbruch der Geisteskrankheit geführt hat.

Über den Krankheitsprozeß lassen sich allerdings nur Vermutungen anstellen, auszuschließen dürften die Würmer als Krankheitsursache wohl sicherlich sein.

Jedenfalls läßt sich noch das eine sagen, daß der ursächliche Krankheitsprozeß offenbar abgelaufen ist. Es wäre wenigstens nicht zu erklären, daß er fast 40 Jahre lang keine tiefergreifenden organischen Störungen herbeigeführt hat. Auch ist von einer geistigen Schwäche bei H. nichts zu bemerken; im Gegenteil ist Patient ziemlich klug, und in den ruhigen Zeiten steht sein Gefühlsleben durchaus auf einem seinem Bildungsgange entsprechenden Niveau.

Es erscheint sonach die Auffassung durchaus berechtigt, daß die bei H. beobachtete periodische Manie auf eine in der Jugend

Digitized by Google

aufgetretene, aber dann vollkommen abgelaufene Erkrankung des Gehirns oder seiner Häute zurückzuführen ist.[1])

Pilcz und nach ihm *Neisser* führen auch Fälle von periodischer Manie an, die auf dem Boden einer Gehirnapoplexie entstanden sind, und stellen sie in Parallele zu den Fällen, die auf ein in der Jugend beobachtetes Gehirnleiden, wie es sich in Krämpfen usw. offenbarte, zurückgeführt werden. Ich vermag jedoch nicht die nach einer Apoplexie wiederholt sich einstellenden Erregungszustände in gleicher Weise aufzufassen.

Wenn man auch zugeben mag, daß die Apoplexie vollkommen vernarbt, so bleibt doch noch das der Apoplexie fast immer zugrunde liegende Leiden der Arteriosklerose mit seinem, wenn auch langsamen, so doch sicher fortschreitenden Charakter zurück. Nun haben wir in den letzten Jahren verschiedene Krankheitsbilder, die wir früher anderswo rubrizierten, z. B. bei der Paral. pr., als zur Gehirnarteriosklerose gehörig kennen gelernt. Ebenso sind offenbar auch die nach Apoplexie auftretenden periodischen Aufregungszustände nicht zu der essentiellen periodischen Manie, sondern zu der Gehirnarteriosklerose zu rechnen. Mit dieser Klassifizierung stimmt auch sehr gut die Tatsache überein, daß die nach Apoplexien beobachteten, periodischen Manien sehr bald in Verblödung übergehen.

Man könnte nun allerdings geneigt sein, überhaupt alle periodischen Psychosen, bei denen ein organischer ätiologischer Faktor, wie in dem beschriebenen Falle vorausgesetzt wird, aus der Reihe der essentiellen periodischen Manien auszuscheiden. Ich glaube aber, daß man gegenwärtig hierzu noch nicht berechtigt ist. Eher könnte man sich den Vorgang so denken, wie er bei der Reflexepilepsie nicht selten beobachtet wird, nämlich daß die Krankheit auch nach Beseitigung der peripheren Reizung be-

[1]) Es ist übrigens nicht unmöglich, daß die Gehirnerkrankung auf Insolation zurückzuführen ist, da H. viel im Freien gearbeitet hat, und die eine der gemeldeten Erkrankungen, die auch zeitlich bezeichnet ist, in den August fällt. Ein anderer hier beobachteter, geheilter Maniacus führte seine (zum erstenmal aufgetretene Erkrankung) direkt auf die Hitze bei einer Manöverübung zurück. Hier könnten aber auch noch andere Momente in Frage kommen.

Digitized by Google

stehen geblieben ist, weil sie sich zum selbständigen Leiden allmählich entwickelt hat.

Was nun den oben beschriebenen Verlauf der einzelnen Anfälle anbetrifft, so ist das serienweise Auftreten von Erregungszuständen an sich schon ein ungewöhnlicher Verlauf, der zudem noch am häufigsten beim zirkulären Irresein vorzukommen scheint. Besonders auffallend sind aber hier noch die jedesmal auftretenden weitgehenden Remissionen, die übrigens in jedem Anfall beobachtet werden konnten. Und zwar fällt ihr Auftreten nicht etwa mit der Rekonvaleszenz, dem Abklingen des ganzen Anfalles zusammen. Wir begegnen ihnen vielmehr von anfang an, also schon zu einer Zeit, auf die noch zwei Jahre lang und länger das Spiel der Aufregungszustände folgt. Es sind Intermissionen, in denen nichts Krankhaftes an H. festzustellen ist. Natürlich ist Patient nicht gesund, auch nicht im Sinne der eigentlichen Intervalle, es kann dabei selbstverständlich nur von einer Latenz der Krankheit gesprochen werden. Dann fehlt ja schließlich bei dem Aufenthalte und der Lebensweise in der Anstalt auch der richtige Prüfstein darüber, wieweit das Geistesleben des Patienten von der Norm abweicht. Aber dafür treten doch wieder prägnante, positive Erscheinungen auf, denen man gern charakteristische Bedeutung beimißt.

Zunächst ist Krankheitseinsicht bei dem Patienten gut ausgeprägt, ein Symptom, welchem in der Rekonvaleszenz eine hohe Beweiskraft für eine wirkliche Genesung innewohnt. Selbstverständlich entspricht dabei das Urteil des Kranken über seinen Zustand seinem Bildungsgrade. Ich brauche nicht weiter zu bekräftigen, daß von einer Simulation bezw. Dissimulation hier nicht die Rede sein kann. Patient drängt durchaus nicht nach Hause, wenn er natürlich auch den Wunsch hat, nach Hause zu kommen. Er ist dabei aber auch nicht sicher, ob er sich wird halten können. Ja, als er gerade in einer solchen Intermission einer Anstalt zugeführt wurde, da äußerte er selbst, — möglicherweise, weil ärztlicherseits sein guter Zustand auffiel — daß es mit dem Gesundwerden nicht so schnell gehen werde. Diese Krankheitseinsicht fehlt Patient eigentlich völlig nur auf der Höhe der Erregung; sobald diese abklingt, hören wir von dem Patienten

Digitized by Google

die allerdings noch stark manisch gefärbte Erklärung, er habe wieder einmal „gerappelt" und anderes.

Bemerkenswert ist auch das Wiederauftreten des familiären Sinnes in den Intermissionen. Während der Erregung pflegt der Kranke ohne jede Veranlassung in den gemeinsten Ausdrücken auf seine Angehörigen zu schimpfen. In der Zeit der Intermission schreibt er Briefe und bedankt sich für gesandte Geschenke oder bestellt sich andere. Man möchte diese Korrespondenz vielleicht für einen Ausdruck leichter Unruhe ansehen, das wäre aber ein Irrtum. Einmal schreibt Patient immer nur einige Briefe. Dann aber hat er dazu auch meist Veranlassung. Seine Angehörigen schreiben sehr oft und senden ihm allerhand Eßwaren usw. Gewöhnlich kommt er nicht mehr dazu, sich zu bedanken, weil bereits ein neuer Erregungszustand ausgebrochen ist.

Das äußere Benehmen des Kranken ist durchaus ruhig und geordnet, von Reizbarkeit ist nichts zu bemerken.

Ob man eine solche Intermission prinzipiell als eine weitgehende Remission auffassen kann, mag dahingestellt bleiben. Mir scheint vor allem die Intermission für die Theorie von dem Wesen der periodischen Manie von Bedeutung zu sein. Wie soll man es sich erklären, daß die Symptome eines so schweren und, wie im vorigen Anfall fast drei Jahre währenden Erregungszustandes so vollständig und oft nur für wenige Tage in jedem Zeitpunkt des Verlaufes verschwinden können! Ich beschränke mich auf diese Frage. Ein Versuch, sie zu beantworten, kann zur Zeit sich doch nur auf Vermutungen stützen.

Noch ein Punkt ist bei dem ganzen Verlauf von Bedeutung, nämlich die Neigung des Patienten zum Suizid. Schon in der allerersten Zeit macht sich diese geltend, und auch später begegnen wir ihr wieder. An sich widerspricht es doch dem Wesen der Manie, an eine Selbstvernichtung zu denken. Bei unserm Kranken finden wir eine Erklärung für sein Verhalten in seiner großen Reizbarkeit und exzessiv gesteigerten Wut. Wir beobachten bei ihm infolgedessen Zerstörungssucht alles Möglichen, selbst des eigenen Körpers. Die maßlose Wut sucht sich zu entladen und zerstört rücksichtslos, was zu zerstören ist. Hat der Kranke keine Möglichkeit mehr, Gegenstände zu zertrümmern, so bleibt

Digitized by Google

ihm nur der eigene Körper übrig. Dieser Entstehungsursach entspricht es aber auch, daß diese Neigung nur eine flüchtige is und mit der Abnahme des exzessiv gesteigerten Affektes sofo verschwindet.

Es erübrigt sich noch, einige Worte über die Prognose z sprechen.

Die Aussichten solcher Manien mit serienweisem Auftrete erachtet *Pilcz* für relativ günstig, hält sogar ein völliges Ausbleibe neuer (Haupt-)Anfälle für möglich.

In der Hauptsache muß allerdings der Verlauf der beschriebene Erkrankung als ein günstiger angesehen werden. Ein völlige Ausbleiben der Anfälle ist allerdings kaum anzunehmen, und da Urteil ist selbstverständlich nur ein ganz relatives. Der Krank hat bislang alle Anfälle überstanden ohne nachweisbaren geistige Defekt. Das ist besonders hervorzuheben, als die Krankheit be reits in einer Zeit einsetzte, als die geistige Entwicklung de Patienten bei weitem nicht abgeschlossen war, ferner seit 40 Jahre besteht und in Anfällen auftrat, die sowohl durch ihre Schwere als auch durch ihre Dauer ausgezeichnet sind.

Die freien Intervalle werden zwar länger, dafür zeigen abe auch die Anfälle eine zunehmende Dauer.

Digitized by Google

Kasuistischer Beitrag.
Außergewöhnliche Hypermnesie für Kalenderdaten bei einem niedrigstehenden Imbezillen.

Von

J. van der Kolk und **G. J. B. A. Jansens,**
Ärzte an der Irrenanstalt „Endegeest" zu Leiden (Holland).

Das Gedächtnis der Imbezillen und Idioten ist in der Regel ebenso wie ihre Intelligenz schwach und unvollkommen und bleibt unter dem Mittelmäßigen.

Doppelt interessant ist es deshalb, daß unter ihnen eine Kategorie sich findet, von der u. a. *Krafft-Ebing*[1]) sagt, daß sie „eine einseitige, instinktive, den Trieben der Tiere vergleichbare Befähigung zu gewissen artistischen Leistungen" besitzen, und die in um so höherem Grade unsere Verwunderung weckt, als das übrige Geistesleben gewöhnlich auf einem sehr niedrigen Niveau stehen bleibt.

Diese besondere und einseitige Anlage bekunden sie, wie bekannt, vor allem für das Zeichnen, die Musik, das Rechnen und die fremden Sprachen, und durch Übung und völlige Hingabe vermögen sie darin zuweilen eine ganz bedeutende Höhe zu erreichen. Manche werden dann gegen Entree öffentlich gezeigt. Viele der sogenannten phänomenalen Rechenkünstler müssen u. a. zu dieser Kategorie gezählt werden.

Binet,[2]) der ihnen zwar nicht gerade einen Platz unter den Imbezillen anweist, meint doch, abgesehen natürlich von Fällen

---

[1]) *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie.

[2]) *Binet*, Psychologie des grands calculateurs et joueurs d' échecs.

Digitized by Google

wie Gauss, Ampère, Bidder u. a., daß sie eine natürliche Famil bilden, die sich durch die folgenden Eigenschaften charakterisier Abwesenheit hereditären Einflusses und des Einflusses der U gebung — Geburt in gesellschaftlich niedrigem Milieu — Prăcozit (manche zeigten ihre besondere Anlage schon im fünften, ja s gar im dritten Jahre ihres Lebens, und alle, bevor sie etw anderes gelernt hatten) und gänzliche Absorbierung des Indi duums durch Zahlen.

Er macht jedoch selbst die Bemerkung, daß viele im Anfa ihres Lebens als geistig Zurückgebliebene angesehen wurden. S empfingen gewöhnlich wenig oder gar keinen Unterricht: d meisten, Mondeux, Mangiamele, Colburn usw. waren denn au sehr unwissend. Von dem letztgenannten, Zerah Colburn, eine der ersten, die das Auftreten in der Öffentlichkeit als Professi betrieben, heißt es, daß er wahrscheinlich ein Imbezill war. A Kind zurückgeblieben, von sehr geringer Intelligenz, eitel u hochmütig, unfähig für weitere Entwicklung, war er, wie *Bi* es nennt, ein „spezialiste du chiffre", der sich für alles ande als unzugänglich erwies.

Diese Rechenkünstler zeigen überdies, wie z. B. Inaudi, au nicht das geringste Bedürfnis oder irgend welche Neigung, etw anderes zu lernen, sind zufrieden mit ihren besonderen Fähi keiten und stolz auf dieselben und verhalten sich dabei vo kommen indifferent für alles Übrige. Ja, die Erfahrung leh manche, daß eine Inbeschlagnahme ihrer Aufmerksamkeit dur andere Dinge einen ungünstigen Einfluß auf ihre speziellen Fähi keiten hatte. So erzählt Inaudi, daß er viel von seiner Rech fähigkeit verlor, nachdem er einen Monat in den Büchern studi hatte.

Dies stimmt überein mit der Erfahrung von Lehre daß nämlich die Fähigkeit und Gewandtheit im Kopfrechne die in den unteren Klassen bei vielen Schülern leicht und müh los entwickelt werden konnte, in den höheren Klassen bald a nimmt. Es ist wahrscheinlich, daß *Binets* natürliche Fami wenngleich nicht zu der großen Familie der Imbezillen gehö dann doch in enger Verbindung mit ihr steht.

Ohne Zweifel kommen jedoch Fälle vor, u. a. der kürzli

Digitized by Google

von *Wizel*[1]) mitgeteilte, die entschieden zu den letzteren gerechnet werden müssen. *Wizel* beschreibt das phänomenale Rechentalent eines 22jährigen weiblichen Imbezillen. Dieser Fall, der außerordentlich interessant ist wegen des Kontrastes zwischen dem speziellen Rechentalent und dem Reste der psychischen Fähigkeiten, welche etwa denen eines dreijährigen Kindes entsprechen, und welcher Fall von *Wizel* in ausgezeichneter Weise untersucht und beschrieben worden ist, ist auch noch aus einem anderen Grunde interessant.

Krafft-Ebing behauptet nämlich in seinem Handbuche, daß die hier besprochenen Fähigkeiten mancher Imbezillen und Idioten allein vorkommen bei der infolge hereditärer degenerativer Momente entstandenen Idiotie oder Imbezillität und nicht bei den sog. accidentellen Formen.

Der von *Wizel* mitgeteilte Fall muß nun unter diese letzteren gerechnet werden. Sagt doch der Verfasser, daß Sabine ein begabtes und intelligentes Kind war, das im sechsten Lebensjahre zur Schule ging, Lesen, Schreiben, Rechnen und Handarbeiten lernte und erst infolge eines akuten Krankheitsprozesses, eines heftigen Typhus, imbezill wurde. Sein Fall würde demnach eine Ausnahme von der Regel sein, worauf, weil *Wizel* diese Frage nicht berührt, die Aufmerksamkeit im Vorübergehen zu lenken, seinen Nutzen hat, umsomehr, als auch in dem von uns beobachteten Falle von Hypermnesie das Individuum sich bis zum dritten Jahre normal entwickelte und dann infolge eines Trauma capitis geistig zurückblieb, unser Fall also auch unter die accendentelle Form der Imbezillität gerechnet wird.

Bei den sog. Rechenkünstlern sind nach allen Untersuchern zwei verschiedene Elemente vorhanden, mit denen Rechnung gehalten werden muß, und zwar mit dem Gedächtnis als solchem und in zweiter Linie mit dem Rechnen selbst.

Nach *Binet* und auch nach *Wizel* ist ersteres bei weitem die Hauptsache. Vergleichende Untersuchungen lehrten *Binet* sogar, daß sie, was das Rechnen selbst betrifft, gleich stehen mit manchen

---

[1]) *Wizel*, Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einem Imbezillen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 38. 1. Heft.

Digitized by Google

Kassenbeamten in großen Magazinen, ja zuweilen unter die bleiben. Sobald jedoch zum Rechnen das Gedächtnis als grö Faktor tritt, lassen sie diese letzteren weit hinter sich zur Auch beim Erlernen fremder Sprachen, bei der musikalisc Begabung usw. spielt das Gedächtnis, wiewohl nicht die einz doch aber die wichtigste Rolle. Diesen Fällen einseitigen Tale schließen sich eng andere an, bei denen allein ein auffällig star Gedächtnis für nichts anderes als nur für Wörter oder Za vorhanden ist.

Im allgemeinen stehen letztgenannte Imbezillen oder Idi auf einem tieferen Niveau als die ersteren. Wenn die Fälle a nicht sehr zahlreich sind, so werden doch in der Literatur zelne, sehr frappante Beispiele aufgeführt, u. a.:

Der Fall *Fallret*, zitiert bei *Sollier*,[1]) der einen Imbezill einer englischen Irrenanstalt betrifft, welcher die Geburts- Sterbetage aller großen Männer kannte, ferner die Data vi geschichtlichen Ereignisse, Feldschlachten usw. Das Übrige Gedächtnis und Intelligenz war äußerst gering.

Der Fall *Blois*, zitiert von *Roubinoviteh* bei *Ballet*.[2]) Di Imbezill kannte die kurzgefaßten Lebensgeschichten aller f zösischen Bischöfe und Erzbischöfe auswendig.

Der Fall *Forbes Winslow*, zitiert bei *Wizel* und *Ribot*,[3] betrifft hier einen Idioten, der die Sterbetage aller Personen der Umgegend kannte, die in den letzten 35 Jahren gesto waren, ebenso ihre Vor- und Zunamen, ihre Lebensalter und Namen der Personen, die im Leichenzuge mitgegangen wa Weiter kannte er nichts und konnte selbst nicht ohne Hilfe es

Der Fall *Moebius*,[4]) der einen in jeder Hinsicht schwa sinnigen Sohn eines Hufschmiedes beschreibt, welcher ein wun bares Gedächtnis für Zahlen hatte.

Der Fall *Drobisch*, zitiert bei *Ribot*. Dieser vierzehnjäh Imbezill, der nur mit größter Mühe hatte lesen lernen, hatte merkwürdige Fähigkeit, die Art und Weise, in der Wörter

---

[1]) *P. Sollier*, Psychologie de l' idiot et de l' imbecile.

[2]) *Ballet*, Traité de Pathalogie mentale.

[3]) *Ribot*, Les maladies de la memoire.

[4]) *Moebius*, Über die Anlage zur Mathematik.

Digitized by Google

uchstaben einander folgten, sich zu merken. Gab man ihm z. B. ne Seite Gedrucktes in einer fremden Sprache oder über einen ihm ıbekannten Gegenstand, so vermochte er nach zwei oder drei inuten die darauf stehenden Wörter eines nach dem andern zu chstabieren, als ob er das Buch offen vor sich habe.

Der von uns beobachtete Fall, dessen Beschreibung hier lgt, schließt sich ganz den obenerwähnten Fällen an und ist ich diesen höchst merkwürdig durch den Kontrast zwischen r hohen Entwicklung des Gedächtnisses für einige nichtssagende inge und dem tiefen Niveau, auf dem das Übrige seiner Persönhkeit steht. Um eine Einsicht in das Wesen dieser Persönlichit zu gewinnen, lassen wir zuerst die etwas ausführliche Krankitsgeschichte folgen und stellen dann weiter sein enormes Gechtnis für Kalenderdaten ins rechte Licht.

Anamnese. Martinus de Gr. wurde 1869 zu Dordrecht à terme l spontan geboren und ist also jetzt 35 Jahre alt. Nach Angabe seines ters soll er sich ebenso wie seine andern Brüder gut entwickelt haben bis seinem dritten Jahre. Im dritten Lebensjahre zog er sich ein Trauma zu; fiel nämlich von einer etwa 2 m hohen Treppe mit dem Kopfe auf einen steinboh. war danach bewußtlos und hatte Erbrechen; Blutverlust wurde cht wahrgenommen. Seitdem zeigte sich Patient deutlich als geistig minderertig. Bald konnte man ihn nicht mehr allein im Hause lassen, und wurde durch seine Plagsucht eine Last für seine Brüder, sodaß im Jahre 1876, seinem siebenten Lebensjahre, seine Aufnahme in die Dordrechter Irrenstalt sich nötig machte. Hierselbst verbrachte er 22 Jahre und wurde, als e Dordrechter Anstalt aufgehoben wurde, am 2. April 1898 nach Endegeest erführt, wo er nun gute sechs Jahre verpflegt wird.

Patient ist nicht hereditär belastet. Der Vater macht den Eindruck nes normalen nnd ruhigen Mannes und erklärt, dann und wann Alkohol zu nießen, ohne jedoch Mißbrauch davon zu machen. Die drei Brüder des tienten sind gesund und fahren als Schiffer. Auch in den Seitenlinien mmt, wie der Vater sagt, nichts vor von Wahnsinn oder Alkoholismus.

Während des Aufenthaltes unseres Patienten in Dordrecht besuchte der ter ihn regelmäßig, während Patient alle vierzehn Tage einen Sonntag zu use verbrachte.

Das besondere Interesse für Geburtstage und Kalenderdaten im allgeeinen fiel dem Vater zuerst auf, als Martinus vierzehn oder fünfzehn Jahre t war; auch ihm war es nicht entgangen, daß er dafür ein außergewöhnches Gedächtnis habe. Ein derartiges abnormes Gedächtnis für bestimmte inge kommt in des Patienten Familie nicht vor; insbesondere besitzen weder ater noch Mutter oder Brüder ein solches.

Digitized by Google

Das Problem des hereditären Gedächtnisses ist noch in Dunkel gehü
Wiewohl man im allgemeinen annimmt, daß die intellektuellen Eigenschaft
sich nicht vererben, so wollen *Sollier* und *Perez* doch auf diese Weise
klären, wie manche Idioten ziemlich komplizierte Sachen, wie Kartenspiel
und außer diesem weiter nichts, können. *Sollier* stützt sich dabei auch
einen Fall, in dem ein Idiot, dessen Großvater, Vater und Bruder Tambo
waren, plötzlich zu trommeln begann, ohne früher jemals eine Trommel
sehen zu haben.

Status Präsens. Physischer Zustand: Dieser weist außer
wöhnlich wichtige Abweichungen nicht auf. Es verdient in dieser Hinsi
nur bemerkt zu werden, daß örtliche Abweichungen im oberen Teile d
linken Thoraxhälfte die Annahme rechtfertigen, daß sich daselbst ein tub
kulöser Prozeß entwickelt. Außerdem sind einige Degenerationszeichen v
handen. So ist die Helix nur bis halbwegs der Länge des Ohres zu v
folgen; die Antihelix springt stark nach vorn, während die Lobulus v
ständig verwachsen ist. Der Gaumen ist hoch und von guter Wölbung.
Zähne sind ein wenig unregelmäßig angeordnet. Die Muskeln der link
Gesichtshälfte werden vom nervus Facialis stärker innerviert als an d
rechten Seite. Von den Haut- und Sehnenreflexen, der Motilität, Sensibi
tät usw. ist nichts besonderes zu sagen.

Die wichtigsten Band- und Zirkelmaße des Schädels folgen hier:

Stirnlänge	43	mm
Horizontaler Umfang	550	„
Ohr—Stirnlinie	305	„
Ohr—Scheitelbeinlinie	355	„
Ohr—Hinterkopflinie	240	„
Ohr—Kinnlinie	325	„
Entfernung Nasenwurzel—prot. oc. ext.	360	„
Längendurchmesser	178	„
Größte Breite	150	„
Entfernung por. aeust.	130	„
Entfernung zwischen den äußeren Ecken der Augenhöhle	115	„

Schädelindex: 84.

Psychischer Zustand; Der Gesichtsausdruck des Patienten h
etwas Stumpfsinniges und Hilfloses. Er wendet beim Sprechen Pronomi
an und konjugiert auch wohl Zeitwörter, spricht jedoch gern in Infiniti
Vereinzelt gebraucht er auch begründende Konjunktionen, jedoch keine a
deren als „dat" (Verkürzung von „omdat" = „weil") und „warum". Er äuß
sie niemals spontan, sondern allein dann, wenn er die ihm gestellten Frag
wiederholt oder im Anschluß daran eine Antwort zu geben trachtet. A
der eigentliche Zusammenhang läßt manchmal zu wünschen übrig. Auf d
Frage: „Warum ging dein Vater mit dir auf die Kirmes?" antwortet e
„Warum mein Vater auf die Kirmes geht, weil er sie sehen will." Dies

Digitized by Google

ederholen der Frage oder eines Teiles derselben erfolgt bei ihm regel-
ßig bei einer jeden Antwort, die er gibt. Er spricht übrigens ziemlich
hnell und laut, nicht nachlässig, noch durch die Zähne, aber stottert, sowohl
der Mitte, als auch am Anfang eines Satzes. Ist jedoch die Verlegenheit
erwunden und fühlt er sich frei und ungezwungen, dann unterbleibt das
ttern. Gebärden macht er sehr wenig.

Bei seinem spontanen Sprechen fällt sofort etwas Eigenartiges auf, daß
es nämlich fast immer über denselben Gegenstand hat. Stereotyp führt
Sätze im Munde, wie diesen: „wy schieten al aardig op, dokter" = „wir
chen ganz gute Fortschritte, Herr Doktor." (Er meint, das neue Jahr
mme bald.)

Im allgemeinen sieht er ziemlich nett und propper aus. Er ist reinlich,
gut allein und dabei nicht gierig.

Er arbeitet regelmäßig bei dem Matratzenmacher und führt da einige
fache Verrichtungen aus. Auf sexuellem Gebiet zeigt er, soweit bekannt
, keine Abweichungen. Sein Schlaf ist ungestört. Bewegungen, die ihm
fohlen werden, führt er, wenn sie nicht zu kompliziert sind und nicht zu
l von seiner Aufmerksamkeit verlangen, richtig und schnell aus. Passiven
wegungen wird kein Widerstand entgegengesetzt.

Die herrschende Gemütsstimmung ist eine gleichmäßige Zufriedenheit,
e daß ein deutlich ausgesprochener Affekt wahrzunehmen ist. Ver-
mungen oder eigentliche Wutanfälle wurden nicht beobachtet; nur wird
wohl einmal böse, wenn man ihn neckt und ärgert und beklagt sich dann
kindischer Weise über seine Mitpatienten.

Besondere Eingenommenheit mit sich selbst ist ebenfalls nicht aufge-
en. Eine Äußerung wie „daß sein Meister (der Matratzenmacher) ihn nicht
lehren könne" — könnte darüber Zweifel aufkommen lassen, doch bei
r großen Suggestibilität des Patienten ist dies nicht anzunehmen. Kann
n doch Patienten auf eine Frage antworten lassen, was man will. Von
Eigenartigkeit seines Gedächtnisses für Data ist er sich ganz und gar
hts bewußt und bekundet auch in bezug darauf durchaus keine besondere
bsteingenommenheit.

Spontan äußert er sich im allgemeinen wenig. Von einem gut ent-
kelten Gefühlsleben zeigt sich bei diesem Manne nicht viel. Er beschäftigt
sehr wenig mit seiner Umgebung und hat für fast nichts anderes Interesse,
ür seine Data und seine täglichen Verrichtungen. Ebenso wenig äußert
eine Teilnahme für Eltern und Angehörige und bittet niemals um einen
ch derselben. Als vor einigen Wochen sein Vater und einer seiner
er auf unser Ersuchen hierherkamen, hatte er sie lange Zeit nicht ge-
n. Er begann jedoch das Gespräch damit, daß er sie erinnerte, wann
Geburtstag sei und wie alt sie wären.

Einige Vorstellungen von abwesenden Personen und von Orten sind
anden; so weiß er noch das und jenes zu berichten von der Anstalt zu
drecht und äußerliche Eigenschaften der Ärzte anzugeben, die ihn dort

Digitized by Google

behandelten. Abstrakte Vorstellungen sind nur äußerst mangelhaft vorhanden. Auf direkte Fragen „Was ist Stehlen? usw." bleibt er stets die Antwort schuldig. Nur einmal gab er auf eine direkte Frage eine Antwort und wählte zur Umschreibung ein konkretes Beispiel. Auf die Frage nämlich: „Was ist Necken?" — antwortete er: „Dann sprechen sie von roten Kaninchen" (andere Patienten nennen ihn nämlich wohl einmal „Rotes Kaninchen"). Wählt man nun ebenfalls derartige Beispiele zur Umschreibung abstrakter Begriffe, dann zeigt es sich, daß diese äußerst elementar vorhanden sind. Jede andere Motivierung als die, daß etwas gut oder schlecht sei, unterbleibt.

Konkrete Begriffe sind besser vertreten; spontan wird die Anwendung oder auch die und jene Eigenschaft angegeben. Manche Farben, wie Rot, Gelb und Grün bezeichnet er genau; Orange, Violett und Blau sind ihm jedoch unbekannt. Vergleichungsideen konnten konstatiert werden. So sucht er, dazu aufgefordert, aus einer Anzahl Gegenstände den längsten und dünnsten aus und antwortet auf die Frage: „Wie sind nun die andern?" sehr richtig: „Kürzer und dicker." So scheint er auch den Unterschied zwischen „älter und jünger", „krumm und gerade", „naß und trocken" zu kennen; jedoch nicht den zwischen „glatt und rauh", „rund und viereckig". Auch die Begriffe „links und rechts" sind vorhanden.

Die chronologische Reihenfolge der Erinnerungsbilder weist keine deutlichen Störungen auf.

Schulkenntnisse: Patient kann nicht lesen, weder Worte noch Buchstaben. Große stehende Ziffern liest er jedoch. Auf dem Kalender vermag er die Überschriften wie: Januar, Februar etc. nicht zu lesen, ganz flott jedoch die stehenden Ziffern von 1—31. In Zahlen von vier Stellen liest er die Gruppierung von je zwei Ziffern gut, die einzelnen Ziffern jedoch oft fehlerhaft. Er kann ebensowenig wie lesen auch addieren, subtrahieren, multiplizieren und dividieren.

Die Namen einiger großen Städte unseres Landes werden ohne irgend welchen deutlichen Zusammenhang hergesagt. Seine geographischen Kenntnisse haben übrigens äußerst wenig zu bedeuten; so bleibt er auf die Frage: „Welches ist die größte Stadt unseres Landes?" und: „An welchem Fluß liegt Dordrecht?" (sein Geburtsort) die Antwort schuldig. Nur die Frage: „Wo wohnt die Königin?" wird richtig beantwortet.

Ebenso mangelhaft sind seine Antworten auf die mehr oder weniger abstrakten Fragen: „Wieviel Tage hat eine Woche, wieviel Wochen ein Monat und wieviel Monate ein Jahr?" usw. Dies ist im Hinblick auf sein Interesse für den Kalender sicher sehr auffällig und befremdend. Er gibt auf die Fragen höchst abweichende und wechselnde Antworten, wie aus dem Folgenden hervorgeht.

Wieviel Tage hat ein Jahr? 8. Wieviel Monate hat ein Jahr? (später 40). Wieviel Tage hat eine Woche? 10. Wieviel Stunden hat ein Tag? 11. Wieviel Minuten hat eine Stunde? 10.

Es gelingt ihm nicht, die Namen der Tage und Monate herzusagen.

wenn man es ihn versuchen läßt, und er nennt z. B. Monatsnamen statt Namen von Tagen. Um eine richtige Antwort zu erhalten, muß man ihm erst deutlich machen, was gemeint ist, denn sehr bald zeigt es sich, daß ihm der Unterschied zwischen den Begriffen „Monat" und „Tag" fremd ist. Zu diesem Zwecke muß man ihn erst auffordern, zu sagen, welchen Tag oder Monat wir gerade haben, und dann ist es möglich, ihn von diesem Tage oder Monat ab die Reihe in gerader oder umgekehrter Reihenfolge hersagen zu lassen.

Von den Jahreszeiten sind ihm mit ein wenig Umschreibung wie „Im Winter ist es kalt" — „im Sommer haben wir Heumonat" — drei bekannt. Vom Frühling hat er jedoch noch niemals etwas gehört: ebensowenig weiß er, welche Jahreszeit wir jetzt haben.

Die Bedeutung von Weihnachten, Ostern und Pfingsten kennt er nicht. Von „St. Nicolaas" (6. Dezember, speziell niederländisches Fest, das in gegenseitigem Beschenken besteht) weiß er, daß die Leute Fest feiern und daß man dann etwas empfängt. Im Gegensatz aber zu dem eben Gesagten weiß er, daß 1904 ein Schaltjahr ist, und daß ein solches Jahr 366 Tage hat, einen Tag mehr als ein gewöhnliches Jahr. Auch weiß er sehr gut die Anzahl Tage der verschiedenen Monate und auch, daß der Februar in einem Schaltjahre 29 statt 28 Tage hat, sodaß auf diesem Gebiet einige Diskongruenz seines Wissens vorhanden ist.

Er zählt ohne Anstoß bis über hundert; Rückwärtszählen selbst nur von zehn bis eins ist ihm unmöglich.

Wie es mit seiner Rechenfertigkeit aussieht, geht aus den folgenden Rechenaufgaben hervor, die ihm so plastisch wie möglich mit Äpfeln und Centen aufgegeben wurden.

$2 \times 2 = 4$	$2 + 2 = 5$	$2 - 1 = 1$
$2 \times 3 = ?$	$2 + 3 = 3$	$3 - 1 = 2$
$2 \times 7 = ?$	$7 + 7 = ?$	$4 - 2 = ?$
$1 \times 7 = ?$	$7 + 2 = ?$	$5 - 3 = ?$
$3 \times 7 = ?$		$8 - 4 = 3$

Ebensowenig kann Patient die Zeit auf der Uhr bestimmen. Er weiß jedoch, daß um 12 Uhr gegessen, um 4 Uhr Tee getrunken wird usw., sodaß er zuweilen, wenn er nach der Zeit gefragt wird, richtige Antworten gibt.

Bei einer Untersuchung nach seinem Erinnerungsvermögen fällt sofort auf, daß dies besonders stark ist für Namen und Data, was umsomehr in Verwunderung setzt, als er einfache Sachen, die sich auf seinen eigenen Lebenslauf beziehen, nicht weiß. So vermag er die Dauer seines Aufenthaltes in den verschiedenen Anstalten nicht anzugeben, weiß selbst auch nicht annähernd zu sagen, wieviel Jahre er in Endegeest zugebracht hat. Dagegen werden Namen von jetzt und früher hier verweilenden Wärterinnen und Wärtern ohne irgendwelches Zögern genannt, wie des Weiteren noch näher gezeigt werden wird.

Bei der Untersuchung nach seiner Fähigkeit für das Einprägen, d. i. Merkfähigkeit, verfuhren wir auf die folgende Weise.

Digitized by Google

Es wurden ihm zwei Zahlen aufgegeben, nämlich 35 und 375, und daran ein kleines Geschichtchen von taubstummen Kindern erzählt, wobei es Mühe kostete, ihm deutlich zu machen, was gemeint war. Vier Tage danach zeigte es sich, daß er beide Zahlen noch wußte: er mußte jedoch erst darauf gebracht werden, indem man ihn fragte: „War es 320?"

In Verbindung mit seiner Vorliebe für Tatsachen, die sich auf Data beziehen, ist es interessant, daß er nach einigem Zögern antwortete: „35 und 375 Tage." Auch von der mitgeteilten Erzählung schienen nach dieser Zeit noch Reste vorhanden zu sein; er teilte nämlich mit, daß man ihm erzählt habe von unglücklichen taubstummen Kindern. Die eigentliche Bedeutung der Erzählung jedoch, die ihm übrigens von Beginn an nur zum Teile deutlich war, war ihm entgangen.

Wie wir später sehen werden, ist die Einprägungsfähigkeit für Kalenderdaten sehr gut und mehr als normal. Vier oder fünf Zahlen, die festzuhalten ihm unmöglich ist, werden ohne weiteres gut gemerkt, wenn man mit diesen Zahlen die Lebensjahre oder Geburtstage von Personen verbindet, wobei noch auffällig ist, daß er leichter und sicherer im Gedächtnis behält, wenn diese Personen aus seiner Umgebung genommen werden, als wenn sie ihm unbekannt sind.

Des Patienten Orientierungsgabe zeigt keine ernstlichen Unregelmäßigkeiten. So gibt er richtig an, wo er sich befindet, wennschon ihm der eigentliche Charakter der Anstalt dunkel ist; auch sind ihm Datum und Jahreszahl bekannt. Wie schon mitgeteilt wurde, weiß er jedoch nicht, wie lange er hier ist. Personen aus seiner Umgebung werden nicht allein nach Rang und Stand unterschieden, sondern auch mit ihren richtigen Namen bezeichnet. Im allgemeinen kann man sagen, daß Patient gut auf seine Umgebung achtet. Dieses Interesse ist gewiß etwas einseitig, doch innerhalb dieser beschränkten Grenzen erweist er sich dann auch vollkommen vertraut mit dem, was sein Interesse erregt. Jeden neuen Anstaltsinsassen faßt er ins Auge und ruht nicht eher, als bis er dessen Namen und in einer Reihe von Fällen auch dessen Geburtstag und Alter kennt.

Seine Aufmerksamkeit ist mit einiger Mühe auch für geraume Zeit auf einen bestimmten Gegenstand zu fixieren. Insbesondere ist dies der Fall, wenn man mit ihm über Data und dergleichen spricht. Wird seine Aufmerksamkeit auf außerhalb dieses Gegenstandes stehende Dinge fixiert, so zeigt er Neigung, immer wieder darauf zurückzukommen.

Wahnvorstellungen, speziell Ideen von Größenwahn, fehlen.

Von einem irgendwie entwickelten Urteil ist bei diesem Kranken keine Rede. In all seinem Tun und Lassen bekundet er etwas kindliches, während er zu Arbeiten von einiger Bedeutung sich als gänzlich unfähig erweist.

Die mitgeteilten Tatsachen illustrieren genügend das schon geäußerte Urteil, daß unser Imbezill in jeder Hinsicht einer der niedrigsten Art ist. Doch darf bei einer Appreziation des ihm zukommenden Platzes nicht unberücksichtigt gelassen werden, daß er infolge seines frühzeitigen Weggangs

Digitized by Google

aus seiner Familie und Übersiedelung in eine Irrenanstalt, in der er höchst wahrscheinlich nie irgend welchen Unterricht empfing, immer sich in sehr ungünstigen Umständen in bezug auf seine Geistesentwicklung befand.

Während seines langjährigen Aufenthaltes hierselbst war es jedermann aufgefallen, daß er ein besonderes Interesse für Kalenderdata hatte. Patient konnte auf dem Anstaltshofe niemand begegnen, ohne daß er mittzuteilen begann, den wievielten des Monats wir hätten, diese Mitteilung unter Umständen ergänzt durch die andere, daß in so und so viel Tagen die Kirmes zu Dordrecht oder Leiden beginne, oder daß er oder der Angeredete in so und so viel Tagen seinen Geburtstag habe, oder daß in so und so viel Tagen der Monat oder das Jahr um sei usw. Mit vollem Rechte konnte er denn auch als ein wandelnder Kalender betrachtet werden.

Diese Sucht zum Mitteilen ist bei unserem Patienten eine wahre Obsessio geworden, und verschiedene Male belästigte er durch diese Unart die Personen, die täglich mit ihm umzugehen haben. Vor allem geschieht dies gegen Ende des Jahres; dann kommt er jeden Tag mit der Mitteilung, wieviel Tage noch bis Neujahr sind und bittet um die Schilder der alten Kalender, welche er mit einer wahren Leidenschaft sammelt. Trotz erhaltener Zusage erscheint er dann doch jeden Tag wieder und bringt seine Bitte von neuem an. Als einmal einer der Ärzte ihm in leicht gereiztem Tone antwortete: „Ja, es ist gut, Tinus (Abkürzung für Martinus, sein Vorname), aber nun mußt Du auch nicht mehr so quengeln", kam er doch am folgenden Tage mit derselben Bitte, fügte jedoch hinzu: „Aber ich darf nicht quengeln." Dies letztere wirft noch einmal ein deutliches Licht auf seine geringe Geistesentwickelnug.

In der Matratzenmacherei, in der Patient regelmäßig beschäftigt ist, hat er an den Wänden einige Kalender hängen, die ihm zu Anfang des Jahres von Leuten geschenkt wurden, welche seine Vorliebe kennen. Jeden Morgen nun, sobald er in die Werkstätte kommt, ist sein erster Gang nach diesen Kalendern, die er regelmäßig abreißt und betrachtet. Auch in seinem Pavillon führt er regelmäßig die Kalender für einige Wärterinnen.

Trotzdem war uns, wiewohl wir staunten über sein spezifisches Interesse und die Richtigkeit seiner Mitteilungen, das Wunderbare seines Gedächtnisses niemals aufgefallen. Dies kam erst, wie das manchmal so geht, genauer ans Licht, als wir infolge der Mitteilung *Wizels* und nach dem Studium des Werkes von *Binet* bei unserem Patienten in dieser Richtung eine systematische Untersuchung anstellten. Dabei zeigte sich folgendes:

Patient kennt auswendig den Kalender des Jahres 1904, d. h., er weiß von jedem Datum den dazu gehörenden Wochentag.

Auf die Frage z. B., auf welchen Tag der 4. März gefallen sei, antwortet er: Freitag; auf welchen Tag der 14. Dezember falle, antwortet er: Mittwoch. So gibt er ohne weiteres von allen 366 Daten, ganz gleichgültig, in welcher Reihenfolge sie genannt werden, die richtigen Antworten.

In dieser Weise kennt er auch den Kalender des vorigen

Digitized by Google

Jahres 1903 und den des kommenden Jahres 1905. Die Antworten erfolgen jedoch hier weniger schnell, und er irrt sich wohl auch einmal, was er dann, wenn man ihn darauf aufmerksam macht, verbessert.

Den Kalender von 1902 kennt er nicht; nur einzelne Data sind noch in seinem Gedächtnis zurückgeblieben, und zwar die ersten und die letzten der Monate. Ebenso antwortet Patient sofort auf die Frage, auf welche Tage und Data in genannten Jahren die christlichen Festtage fallen; dabei ergibt sich, daß er weiß, die Weihnachtstage fallen auf feste, die Oster-, Himmelfahrts- und Pfingsttage auf veränderliche Data.

Bemerkenswert und ein neuer Beweis für die Diskongruenz seines Wissens und das Bizarre seines Interesses auf diesem Gebiete ist die Tatsache, daß er die jüdischen und die katholischen Festtage, die doch auch auf seinen Kalendern stehen, nicht kennt.

Dagegen weiß er wieder die Geburtstage und die Lebensalter der fürstlichen Personen, soweit sie darauf angegeben sind. Auch den Geburtstag und das Alter des verstorbenen Königs Wilhelm III. weiß er und erinnert sich noch des Jahres und des Tages seines Begräbnisses. Von den Rotterdammer, Leidener und Dordrechter Kirmessen kennt er die Anfangs-data und ihre verschiedene Dauer.

Patient kam im April 1898, als die Irrenanstalt zu Dordrecht aufgehoben wurde, zugleich mit einer Anzahl von 25 Schicksalsgenossen hier an. Von diesen Dordrechter Patienten, mit denen er kürzere oder längere Zeit zusammen war, und von denen einige hier starben, kennt er die Vor- und Zunamen und, soweit die Kranken es selbst wissen, auch ihre Geburtstage und Lebensalter. Von den Verstorbenen weiß er, an welchen Tagen sie starben, wie alt sie wurden und von einzelnen auch Datum und Jahrzahl.

Dieses Wissen erstreckt sich auch auf fast alle anderen Patienten seiner Abteilung, auf eine Anzahl Patienten anderer Pavillons, auf die verschiedenen Beamten hierselbst, wie Buchhalter, Hausmeister, Ärzte, Wäscheverwalterin, Küchenmädchen, Apothekerin, manche Wärterinnen und Wärter usw.

Auch der Tage und zum Teil auch der Data und Jahreszahlen bestimmter Ereignisse, wie seiner Ankunft hier, der Ankunft von Ärzten und Oberwärterinnen, ihres Weggangs usw. erinnert er sich. Im allgemeinen zeigt sich deutlich seine Erinnerungsfähigkeit für Tage. So weiß er z. B. wohl, daß der Trautag der Königin ein Donnerstag war, jedoch nicht das Datum und das Jahr.

Dazu aufgefordert, nennt er die Namen aller anwesenden Wärter und Wärterinnen und auch die Namen derjenigen, die in den letzten Jahren hier waren. So sagt er die Namen von 37 früheren Schwestern her, weniger gut die von früheren Wärtern und Handwerkern.

Auch der Namen der Ärzte und Beamten der Dordrechter Anstalt, soweit sie während seines dortigen Aufenthaltes amtierten, erinnert er sich und von einzelnen auch der Geburtstage und des Lebensalters. Er gibt auch in richtiger Reihenfolge an, wie sie nacheinander kamen und gingen.

Digitized by Google

Die Namen des damaligen und des jetzigen Bürgermeisters von Dordrecht sind ihm ebenfalls bekannt.

Wie schon beiläufig erwähnt wurde, sammelt er leidenschaftlich Schilder von Abreißkalendern. Er besitzt davon eine umfangreiche Kollektion, die er auf dem Boden der Werkstätte aufbewahrt. Obwohl unter diesen Schildern häufig nur geringer Unterschied besteht, gibt er doch sofort beim Vorzeigen derselben an, von welchem Jahre sie sind und von wem er sie erhalten hat.

Das hier Mitgeteilte scheint uns genügend, um die Bezeichnung „wunderbar", die wir seinem Gedächtnis gaben, zu rechtfertigen und gibt wohl auch eine deutliche Illustration des Umfanges desselben. Es unterliegt keinem Zweifel, daß unserem Imbecill in der am Anfang zitierten kleinen Gruppe nicht nur eine Stelle gebührt, sondern ein bevorzugter Platz eingeräumt werden muß.

Obwohl der Kontrast zwischen seinem enormen Gedächtnis und der geringen Entwicklung seiner geistigen Fähigkeiten das Interesse für den Fall erhöht, hat diese geringe geistige Entwicklung jedoch auch ihre große Schattenseite. Liegen doch aus diesem Grunde die Verhältnisse für uns viel ungünstiger noch als für *Wizel* bei Sabine, bei der es z. B. nicht möglich war, die sogenannten „pouvoir d'acquisition" zu bestimmen, worunter *Binet* das Maximum von Zahlen versteht, das nach einmaligem Lesen oder Hören reproduziert werden konnte, und das bei normalen Personen im Durchschnitt sieben beträgt. Sabine begriff, wenn *Wizel* ihr eine Serie Zahlen aufgab, nicht, was er wollte.

Von irgend welcher experimentellen psychologischen Untersuchung, wie sie *Binet* und *Charcot* bei den soviel höher stehenden Rechenkünstlern Inaudi und Diamandi vornehmen konnten, ist bei unserem Patienten nicht nur keine Rede, sondern auch die einfachste Auskunft konnte von ihm nicht erhalten werden. Er bleibt auf die elementarsten Fragen die Antwort schuldig oder gibt total ungenügende Antworten. Ein Gespräch ist nicht mit ihm zu führen, und die meisten Fragen, die man stellt, um sich über das Entstehen und die Herkunft seines Wissens zu unterrichten, beantwortet er mit einem stereotypen „Ja, das weiß ich so".

Es ist jedoch vollkommen klar, daß alles von unserem Patienten Geleistete einfache Gedächtnisarbeit ist. Patient, der nicht imstande ist, die einfachste Additionsaufgabe zu lösen, kann natürlich nichts berechnen oder eines aus dem andern folgern. Überdies eignet sich der Stoff auch gar nicht dazu und werden die Antworten gewöhnlich so schnell gegeben, daß es auf der Hand liegt, anzunehmen, die Antwort sei schon bereit gewesen und habe nur einfach reproduziert werden müssen.

Was die Namen, die Geburtstage und die Lebensalter von Personen betrifft, so ist es begreiflich, wie er diese durch Hören und Fragen erhalten hat, und bleibt allein noch zu erklären, wie es möglich ist, daß jemand so viele einzeln stehende Daten, die in keinem Zusammenhang miteinander

Digitized by Google

stehen, im Gedächtnis festhalten kann. Wie aber Patient, der nicht lese kann, und der, wenn man ihn vor einen Kalender stellt, die Überschriften Januar, Februar usw. nicht unterscheiden kann, die 365 Data mit dazu gehörenden Tagen aus dem Kopfe gelernt hat, ist jedoch weniger deutlich. Er selbst gibt darüber nicht den geringsten Aufschluß, so daß sich das und jenes nur vermuten läßt.

Wie schon berichtet wurde, begibt sich Patient jeden Morgen bei seiner Ankunft in der Werkstätte sofort zu seinen Kalendern. Wir denken uns nun, daß er zu Anfang des Jahres das erste Blatt — (er weiß, daß der Kalender mit Januar beginnt und kennt die Reihenfolge der Tage, wie sie darauf verzeichnet stehen) — auswendig lernt und daß er dies mehr oder weniger unwillkürlich tut, nicht wie wir z. B. eine Strophe memorieren, sondern daß ein „triebartiger Instinkt" ihn jeden Morgen wieder vor diese Ziffern treibt, die er schließlich, ohne sich dessen eigentlich bewußt zu sein, auswendig kennt. Wieviel Zeit er darauf verwendet, wissen wir nicht.

Bei der Untersuchung seiner Einprägungsfähigkeit, was die Deutschen (*Wernicke*) „Merkfähigkeit" nennen, d. i. die Fähigkeit zur Reproduktion direkter Erinnerungsbilder von einfachen und zusammengesetzten Wahrnehmungen, zeigte es sich, daß diese, was die in Rede stehenden Gegenstände betrifft, das Normale oder Durchschnittliche etwas überschreitet. Die ihm aufgegebenen Geburtstage und Lebensalter von vier bis fünf Personen konnte er nämlich, nachdem er sie einmal (höchstens zweimal) gehört hatte, richtig reproduzieren und auch für später festhalten, etwas, was z. B. zwei bei dieser Untersuchung anwesenden jüngeren Ärzten nicht gelingen wollte.

Es scheint uns deshalb gerechtfertigt, anzunehmen, daß er zum Memorieren des fraglichen Kalenders nicht so sehr viel Zeit gebraucht; zugleich wird durch Obiges seine direkte Auffassungsfähigkeit bestimmt, die wenn man sie z. B. vergleicht mit der Inaudis, welcher 42 Ziffern, die ihm einmal vorgesagt worden waren, zu wiederholen vermochte, nicht auffällig groß genannt werden kann. Es ist hier also keine Übereinstimmung zwischen *Binets* „pouvoir d'acquisition", und „l'étendue de la memoire": die letztere ist auffällig größer.

In derselben Weise nun nimmt er das zweite Blatt in sich auf, von dem er weiß, daß es den Monat Februar enthält, weiter März, April usw. bis zum Dezember inklusive. Er ist denn auch wirklich mehrmals in der Werkstätte gesehen worden, wie er sich damit beschäftigte, die noch nicht erschienenen Monate zu betrachten.

Merkwürdig ist es auch, daß er, wenn man ihm aus dem Kalender einen Monat apart vorlegt, z. B. den November, diesen Monat richtig nennt, obwohl er die Überschrift November nicht lesen kann; er erkennt also den Monat an den 30 Zahlen auf dem Blatte.

Wir können uns nun vorstellen, daß er auf diese Weise die Kalender der Jahre 1904 und 1903 kennen gelernt hat. Des letzteren erinnert er sich

Digitized by Google

noch vom vorigen Jahre, während seine Erinnerungsfähigkeit für weiter zurück liegendes, z. B. für 1902 ihn, wie wir sahen, im Stiche läßt.

Wie hat er jedoch den Kalender von 1905 kennen gelernt? — Auf manchen Kalendern steht auf einem der Blätter ein kleines gedrucktes Verzeichnis der ersten sechs Monate des Jahres 1905, so daß angenommen werden könnte, er habe diese auf dieselbe Weise memoriert und dann das Jahr vervollständigt, indem er einfach weiter zählte. Da jedoch gerade auf den Kalendern des Patienten, soweit wir dieselben einsehen konnten, diese Angabe fehlt, so bleibt der Ursprung seines Wissens vom Kalerderjahr 1905 noch mehr oder weniger dunkel.

Wenn wir nun zu einer einigermaßen plausiblen Erklärung für ein so starkes partielles Gedächtnis bei einem im übrigen zerstreuten und vergeßlichen Imbezill zu kommen suchen, so haben wir zu beachten, daß es eine im allgemeinen nicht befremdende und selbst häufig vorkommende Erscheinung ist, daß das Gedächtnis für verschiedene Gegenstände bei gewissen Personen nicht gleich stark ist. *Ribot* betrachtet diese Ungleichheit sogar als Regel, nicht als Ausnahme. Unter normalen Personen beobachten wir täglich, daß der eine ein stärkeres Gedächtnis für Namen, der andere für Zahlen usw. hat.

Eine so einseitige Entwicklung jedoch, wie die oben beschriebene, ist charakteristisch für Imbezillen. Die große Intensität dieses partiellen Gedächtnisses hat nach unserer Ansicht ihren Grund in dem hypertrophischen Interesse des Patienten für die erwähnten Daten und mit in dem Umstande, daß seine Erinnerungsbilder sozusagen das ganze Gebiet des Gehirnes für sich allein haben, wie wir dies auch bei den Rechenkünstlern sahen, deren spezielle Fähigkeit sichtlich abnahm, wenn Erinnerungsbilder anderer Art aufgenommen wurden.

Daß die Andacht bei dem Zustandekommen der Erinnerung eine große Rolle spielt, wissen wir. Je lebendiger diese Andacht war beim Entstehen des ersten Eindruckes im Bewußtsein, desto intensiver ist auch die Veränderung, die dabei im Gehirn zustande kommt, und welche uns später befähigt, das Geschehene in die Erinnerung zurückzurufen.

Umgekehrt werden die bei geringer Andacht gewonnenen Eindrücke schwer und weniger gut und weniger lang bewahrt. Dies sehen wir u. a. sehr deutlich an dem Maniacus, bei dem

Digitized by Google

die Zerstreuung und die Ablenkbarkeit, und an dem an Dementia praecox Leidenden, bei dem die Gleichgültigkeit und Abstumpfung für das ihn Umgebende verhindern, daß sich Gedächtnismaterial ansammelt.

Auch im täglichen Leben können wir diese Erscheinung jeden Augenblick beobachten. Allgemein bekannt ist u. a. der Gegensatz zwischen dem Gedächtnis mancher Gelehrten für die abstraktesten, doch sie in hohem Grade interessierenden Dinge und der Art und Weise, wie sie die einfachsten Vorkommnisse aus dem sie umgebenden Leben vergessen.

Unter den psychisch Abnormen fallen noch durch die Intensität des Gedächtnisses für einen speziellen Gegenstand nächst den Imbezillen manche Paranoisten auf. Es sind die sogenannten Querulanten, die oftmals ihre Umgebung in Erstaunen setzen durch die Kenntnis der minutiösesten Details ihrer „Angelegenheit". Mit nie fehlender Sicherheit können sie aus verschiedenen Jahren erzählen, an welchem Tage und zu welcher Stunde A dies, B das gesagt hat. Gerade das Festhalten solcher Futilitäten kennzeichnet typisch den Einfluß des Interesses. Für den Querulanten existiert außer seinem Wahn wenig oder nichts; er ist für gewöhnlich ganz und gar davon beherrscht und spricht über nichts anderes.

Dasselbe kann von unserem Imbezill gesagt werden: er lebt in einer kleinen Welt von Kalenderdaten: außer dieser gibt es nichts für ihn. Obwohl er nun schon Jahre in der Matratzenmacherei tätig ist, lernte er niemals etwas von diesem Fache. Er ist nur imstande, mit dem Meister die Matratzen zu holen und zu bringen, läuft mechanisch mit, während er dabei an seine Kalender und Jahrestage denkt, welche fortwährende Wiederholung natürlich dem Gedächtnis zugute kommt.

Auch *Stewart* schreibt der Divergenz des Interesses die ungleichmäßige Entwicklung der Unterteile des Gedächtnisses bei den Individuen zu. Daneben soll, wie u. a. *Sollier* meint, auch der Stand der Centra von Bedeutung sein. Viele betrachten gegenwärtig das Gedächtnis nicht als eine Einheit, sondern als einen Komplex von sogenannten spezialen, lokalen Gedächtnissen. Die Klinik der aphatischen Störungen lehrt, daß einzelne supprimiert sein können, ohne daß dadurch die andern ernstlich

Digitized by Google

leiden. Hieraus folgt, daß sie eine gewisse Unabhängigkeit besitzen, wenn sie auch nach Art der Sache in enger Verbindung zueinander stehen. Wir müssen darum auch annehmen, daß sie eine bestimmte Lokalisation und damit verbundene besondere Funktion besitzen, wiewohl unser Wissen von der Lokalisation der mehr zusammengesetzten und abstrakten Begriffe noch zu wünschen übrig läßt. Für die elementaren Teile ist anzunehmen, daß Bau und Funktion in Verbindung stehen mit der Entwicklung bestimmter Sinneswerkzeuge und Organe.

Obschon, wie wir bereits bemerkten, nach *Sollier* das Gedächtnis von zwei Faktoren bestimmt wird, nämlich von dem Stand der Centra und von der Aufmerksamkeit, halten wir es nicht für unmöglich, daß letztgenannter Faktor von ersterem abhängig ist, und daß das spezifische Interesse für einen besonderen Gegenstand bestimmt wird von dem spezifischen Zustande eines oder des anderen lokalen Zentrums.

Wie es auch sei, von der Origine des spezifischen Interesses bei unserem Imbezill wissen wir nichts. Die Möglichkeit, daß zufällige äußere Umstände dabei eine bedeutungsvolle Rolle gespielt haben, ist jedoch nicht ausgeschlossen. Mit mehr Sicherheit können wir bestimmen, zu welcher der von *Binet* entdeckten Typen unser Imbezill gerechnet werden muß.

Binet unterscheidet auf Grund von Experimenten, die er an Inaudi und Diamandi vorgenommen hat, zwei Formen des Gedächtnisses und spricht von „une memoire auditive" und „une memoire visuelle", je nachdem die Erinnerung hauptsächlich zustande kommt durch Reproduktion von Gehörs- oder Gesichtseindrücken. Er fand nämlich, daß Inaudi die Zahlen am besten und leichtesten merkte, wenn er sie sprechen hörte, sei es von anderen oder von sich selbst; Diamandi dagegen, wenn er sie geschrieben vor sich sah.

Auch der Imbezill *Wizels* würde, wenn es auch kein stark ausgesprochener Typus ist, sich am meisten dem Gehörtypus nähern.

Für unsern Imbezill können wir mit Sicherheit annehmen, daß er nicht zu einem dieser Typen gehört, sondern für seine Erinnerungsbilder sowohl Gehör- wie auch Gesichtseindrücke gebraucht.

Digitized by Google

Geisteszustand Taubstummer.

Aussetzen eines neugeborenen Kindes mit folgendem Tod.

(Nach den Akten.)

Von

Dr. **Hermann Kornfeld,** Gerichtsarzt, Gleiwitz.

A. Gutachten des Direktors der Taubstummenanstalt zu Ratibor, Herrn Schulrat *Schwarz*.[1]) Die Taubheit ist angeboren oder Folge von Krankheiten nach der Geburt, von denen manche auch Idiotie nach sich ziehen.

Cardani (im 16. Jahrhundert) hat folgende, noch heute gültigen Grundsätze aufgestellt:

1. Taubstumme sind vernünftige Wesen und ausgestattet mit denselben Geistesanlagen wie Vollsinnige.

Auf dieser Annahme beruht allein die Möglichkeit, Taubstumme erfolgreich zu unterrichten.

2. Diese geistigen Anlagen sind der Entwicklung selbst bis zu einem hohen Grade fähig.

Hörende und taube Kinder bieten in ihrer frühesten Kindheit, äußerlich betrachtet, volle Übereinstimmung in ihrem Wesen und Tun und geben zunächst durch Schreien, Weinen und Lachen ihre inneren Bedürfnisse kund.

Mit dem Erwachen des Geistesleben wenden sie ihre Aufmerksamkeit den Dingen mit ihren Merkmalen und Erscheinungen zu, die einen unwiderstehlichen Reiz auf ihr Sinnesleben ausüben, und geben durch Greifen und Hinzeigen auf die interessante Sache ihrer Wahrnehmung und ihrem Begehren Ausdruck. Hierbei ist noch nachdrücklich hervorzuheben, daß nach wissenschaftlicher Beobachtung neun Zehntel aller Sinneswahrnehmungen dem Gesichtssinne zukommen, der ja auch beim Taubstummen intakt geblieben und infolge des Gehörmangels notwendigerweise durch Übung viel schärfer ausgebildet worden, als dieses beim Vollsinnigen der Fall ist. Das taubstumme Kind gewinnt also auf demselben Wege wie sein hörender Altersgenosse durch Wahrnehmungen der mannigfachsten Art Anschauungen von den Personen

[1]) Mit Genehmigung des Herrn Gutachters veröffentlicht.

Digitized by Google

Dingen und Vorgängen seiner Umgebung. Diese wirken durch das Auge gleichsam wie durch einen photographischen Apparat auf die Seele ein und schaffen dort getreue und bleibende Bilder der Außendinge, die wir Vorstellungen nennen. Letztere bilden den eigentlichen Denkstoff für die weitere geistige Tätigkeit, die durch Betrachtung verschiedener Dinge allmählich die Ähnlichkeiten herausfindet, die Unterschiede abstreift und die gemeinsamen Merkmale zum Begriffe eines Menschen, eines Tieres, eines Baumes, eines Hauses usw. zusammenfaßt. Auch der ungebildete Taubstumme mit normalen Geistesanlagen erhebt sich gleich dem Vollsinnigen, wenn auch später und mehr durch eigene Erfahrungen und Kraft als durch Belehrung, auf diese Stufe geistiger Entwicklung. Beide bilden so der Organisation ihres Geistes entsprechend mit Naturnotwendigkeit Begriffe; beide erkennen aus unzähligen Beobachtungen und Erfahrungen den Zusammenhang zwischen Grund und Folge, Ursache und Wirkung und bilden diesbezügliche Urteile und Schlüsse; beide lernen auf praktischem, anschaulichem Wege die Verfertigung, den Gebrauch, Nutzen und Schaden der Dinge kennen, wie es ja die Angeklagte durch Brauchbarkeit im Leben augenscheinlich dartut; beide haben, wenn auch zu verschiedenen Zeiten und mit Rücksicht auf ihren Anschauungskreis denselben Seeleninhalt, nur die Ausdrucksweise für denselben ist ihrer Sprachnatur entsprechend grundverschieden.

Der Hörende achtet zunächst auf das Tönende und bezeichnet die Tiere nach ihrer Stimme, bis er mit zunehmender Entwicklung das Lautwort als konventionelles Zeichen für seinen Begriffsreichtum empfängt und gebrauchen lernt. Der Taubstumme achtet als Augenmensch in erster Reihe auf die Tätigkeit der Dinge und bezeichnet letztere durch Nachahmung ihrer Bewegungen, durch besonders auffallende Merkmale, durch eine eingehende Beschreibung derselben, bis er sich mit zunehmender geistiger Entwicklung selbständig eine vereinfachte und verkürzte Geberdensprache schafft, die nur von den Eingeweihten, seinen nächsten Angehörigen verstanden wird.

Als Ergebnis folgt aus den vorangegangenen Erörterungen:

Ungebildete Taubstumme und Hörende können zu gewissen Zeiten denselben Seeleninhalt, dieselben Vorstellungen und Begriffe haben, nur die Ausdrucksmittel für dieselben sind ihren Sprachanlagen entsprechend grundverschieden.

Im Wesentlichen, dem Gedankeninhalte, stimmen sie dann wie die verschiedenen Völker überein; nur im Zufälligen, dem sprachlichen Ausdruck unterscheiden sie sich wie diese mit ihren verschiedenen Sprachen und Schriftarten auffällig voneinander.

Wenden wir uns nunmehr von der geistigen Entwicklung des ungebildeten Taubstummen zur Entfaltung seiner sittlichen Anlagen, die er trotz des Gebrechens der Taubheit, die hier gar nicht in Frage kommen kann, mit den Hörenden gemeinsam hat. Auch hier gelangt er unter dem Einfluß seiner Umgebung auf natürlichem Wege, dem Wege der äußeren und inneren Wahrnehmung, zu sittlichen Begriffen, Urteilen und Schlüssen; zur Weckung

Digitized by Google

und Schärfung seines Gewissens, zu einer sittlichen Lebensführung. Er teilt mit den Hörenden in gleicher Weise die sinnlichen Gefühle: Hunger und Kälte, Schmerz und Freude und weiß ihre Wirkung auch mit andern nachzuempfinden. Er unterscheidet frühzeitig „Mein" und „Dein", wie es uns alljährlich die Erfahrungen an den ungefähr 50 neu aufgenommenen Schülern beweisen, gewinnt Hinneigung zu denjenigen, die ihm wohltun, und verabscheut die, die ihm Übles zugefügt haben. Er beurteilt aus den Handlungen der Menschen, ihrem Verlauf und ihren Folgen den sittlichen Wert derselben, wenn er dem Ungehorsam, der Roheit, der Schamlosigkeit, dem Diebstahl, der Lüge und der Trägheit anderer die verdiente Strafe in Blick und Miene, der drohenden Geberde und der körperlichen Züchtigung, Fleiß und gutem Betragen aber den wohlverdienten Lohn folgen sieht. Allmählich überträgt er diesen Maßstab auch auf seine eigenen Handlungen, die ihm die Anerkennung oder das Mißfallen seiner Umgebung eintragen und ein lebhaftes Gefühl für Ehre und Schande in ihm erwecken. Auch in sein Herz hat der Schöpfer das Gebot der Natur als Richtschnur für sein Handeln mit unauslöschlichen Lettern eingeprägt:

„Was du nicht willst, das dir geschehe, das tu auch keinem andern."

Auch für ihn lebt ein Gott, der ihm wie jedem seiner Kinder ein angeborenes religiöses Gefühl in die Brust gesenkt hat, das sich wie alle seine geistigen und sittlichen Anlagen wiederum auf natürlichem Wege, den Wege der äußeren und inneren Wahrnehmung entfaltet.

Der Taube sieht seine Umgebung in ehrerbietiger Haltung seinen Gott, den der Blick des frommen Beters hoch über den Wolken sucht, verehren und anbeten, ihn in Not und Trübsal, Krankheit und Tod im Aufblick zum Kreuze und heiligen Bildern hilfeflehend anrufen, ihn in Donner und Blitz fürchten.

Religiöse Ahnungen tauchen so frühzeitig in seiner Seele auf von einem allmächtigen und allgütigen Wesen, das unsichtbar über den Sternen lebt, auf das Tun der Menschen achtet, drohet, straft und belohnt. Bei eigenen Vergehen, die schon sein sittliches Gefühl verurteilt, weist ihn seine Umgebung drohend auf den da oben hin, dessen Mißfallen er erregt hat, und der ihn für seine Übertretungen strafen wird. Eine heilige Furcht hält so unzählige von ungebildeten Taubstummen — die, wenn sie ohne Vernunft und ohne Gewissen wären, wie menschliche Vorurteile behaupten, nur der Stimme ihrer Leidenschaft folgen würden und wie Raubtiere unter den Menschen wüten müßten — von schweren Vergehungen ab und bringt sie unter dem Einfluß des guten Beispiels ihrer Umgebung durch Angewöhnung zu einer sittlichen Lebensführung, durch die sie vielen ihrer hörenden Mitmenschen zum Vorbilde dienen können.

Nach diesen auf unzählige eigene und fremde Beobachtungen gestützten Untersuchungen ergibt sich grundsätzlich bei normaler Veranlagung und unter dem bildenden Einfluß der Umgebung kurz folgende Charakteristik des ungunterrichteten Taubstummen in geistiger, sittlicher und religiöser Beziehung:

Digitized by Google

1. Der Taubstumme hat dieselben geistigen Anlagen wie der Hörende. Diese entwickeln sich auch naturgemäß in derselben Weise, wenn auch weit langsamer und schwieriger und mehr durch eigene Beobachtung und Erfahrung, als durch fremde Belehrung. Er bildet Anschauungen, Vorstellungen, Begriffe, Urteile und Schlüsse und benutzt als Augenmensch die Geberdensprache zum Ausdruck derselben. Diese ist ihrem Zwecke nach so gut eine Sprache, wie die Lautsprache, und gibt treue Rechenschaft von der Anschauungs- und Denkweise des Taubstummen, von seinem Fühlen und Wollen.

2. Der Taubstumme hat in Vernunft und Gewissen dieselben sittlichen Anlagen wie der Hörende. Er gelangt auf natürlichem Wege durch Beobachtung und Beurteilung der menschlichen Handlungen, aus ihren guten und schlimmen Folgen und durch eigene Lebenserfahrung zu sittlichen Gefühlen, Vorstellungen, Begriffen, Urteilen und Schlüssen in den Grenzen seines Erfahrungskreises: Er ist sittlich verantwortlich für sein Tun, vor allem in dem Umfange, den das angezogene Gesetz der Natur bezeichnet.

3. Der Taubstumme hat auch dieselben religiösen Anlagen wie der Hörende.

Diese entwickeln sich unter dem Einflusse seiner Umgebung in ganz natürlicher Weise. Er gelangt so zu religiösen Gefühlen, Ahnungen und Vorstellungen von einem höheren Wesen, von einem Gott, dem er für seine Taten Rechenschaft schuldig ist, der straft und belohnt.

Diese Charakteristik des ungeschulten Taubstummen stimmt im Wesentlichen mit der geistigen, sittlichen und religiösen Beschaffenheit der Angeklagten überein. Sie ist normal beanlagt und hat im Hause, in der Schule und im Leben Gelegenheit gehabt, ihre Anlagen auf natürlichem Wege zu entwickeln. Daß diese bildenden Einflüsse nicht wirkungslos an ihr vorübergegangen sind, beweist ihre verständige Auffassung der Lebensverhältnisse, ihre genügend entwickelte Geberdensprache und vor allem ihre praktische Brauchbarkeit im Leben, die eine Fülle von Beobachtungen und Erfahrungen, ein fortwährendes Urteilen und Schließen notwendig macht; denn das total unmündige Kind und der Vollidiot sind zu solchen Verrichtungen nicht zu verwenden.

Sie kannte als Mutter die Pflege neugeborener Kinder und hat sicherlich häufig Gelegenheit gehabt, die Behandlung kleiner Kinder zu beobachten. Sie konnte durch eigene Erfahrung die so naheliegende Wirkung von Hunger und Kälte, der in der kalten Märznacht ihr hilfloses, halbnacktes Kind zum Opfer fiel, wohl erkennen, wofür auch die Tatsahe sprechen kann, daß sie es auf den Friedhof zu den Toten trug. Auch auf ihre sittliche Bildung ist ihre Umgebung von wohltuendem Einflusse gewesen. Beweis dafür sind ihre guten Führungszeugnisse, die ihr von verschiedenen Zeugen ausgestellt worden sind. Beweis dafür ist ihre Aussage, daß sie nicht tanze, nicht Schnaps und Bier trinke, nicht stehle, immer brav und fromm gewesen sei und auch ihr neugeborenes Kind nicht gewaltsam ums Leben gebracht habe. Beweis dafür ist die Scham und die Menschenfurcht, die sie dazu antrieb, ihre

Digitized by Google

Schwangerschaft zu verbergen, zu verleugnen und endlich ihr neugeborenes Kind auszusetzen. Scham ist aber ohne sittliche Erkenntnis des Guten und Bösen undenkbar.

Das Tier und der Idiot kennt keine Scham. Sie hat auch am Gebet und am Gottesdienst regen Anteil genommen und konnte nach ihrer geistigen und sittlichen Beschaffenheit nicht ohne Ahnungen und Vorstellungen von einem strafenden Gotte sein.

Nach den vorangegangenen Verhandlungen und nach den oben ausgeführten, auf langjähriger Erfahrung beruhenden Begründungen bin ich zu der Überzeugung gelangt, daß die Dienstmagd H. bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hat.

B. Gutachten des ärztlichen Sachverständigen.[1])

„Die H. ist körperlich ihrem Alter entsprechend entwickelt und geistig normal veranlagt. Eine Taubstummenanstalt hat sie nicht besucht. Sie ist des Lesens und Schreibens unkundig; die Verständigung geschieht ausschließlich durch Vermittelung der Zeichen- und Geberdensprache. Die gangbaren Münzen kennt sie und ist auch im Stande, einzelne Stücke zusammenzurechnen. Ihre Begriffsbildung beschränkt sich auf konkrete Dinge, die in ihren Wahrnehmungskreis getreten sind. Sie hat sich jederzeit als willig und folgsam in der Arbeit bewiesen, sie kann nähen und verrichtet die gewöhnlichen häuslichen Arbeiten. Befragt warum sie das Kind nicht bei sich behalten oder zu ihrer Mutter gebracht habe, zeigt sie nach dem Kopf und erklärt alsdann in Zeichen und Geberden, daß sie große Angst gehabt habe; daß sie sich gefürchtet hätte, nach Hause zu gehen. Die Mutter hätte, als sie von der Schwangerschaft erfuhr, ihr gedroht, sie aus dem Hause gejagt und ihr nichts zu essen gegeben. Da konnte sie nicht hingehen und zu dem Schwängerer, der sich nachher nicht mehr um sie bekümmert, auch nicht. Sie bringt das Kind auf den Friedhof, damit es dort Ruhe finde. Die Frage, ob sie das Kind vorher geschlagen und gewürgt oder ob sie es fertig bekommen hätte, ihr Kind umzubringen, berührt sie schmerzlich; sie weist ein solches Ansinnen weit von sich — sie habe es ja nicht gewürgt und geschlagen, sie habe es nur dorthin getragen, wo es Frieden und Ruhe finden sollte. Die Frage, ob sie die

[1]) Herr Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. *Roth* in Potsdam. Mit Genehmigung desselben mitgeteilt.

Digitized by Google

Folgen, die das Aussetzen des Kindes in der kalten Jahreszeit haben müßte, nicht vorausgesehen hätte, ist ihr nicht genügend klar zu machen; sie sagt nur immer wieder, sie hätte es auf den Friedhof gebracht. Auch deutet nichts darauf hin, daß sie über das, was sie getan, Reue empfindet.

Wenn schon unter gewöhnlichen Verhältnissen der Umstand, daß dem Taubstummen die beiden wichtigsten Kommunikationsmittel, Gehör und Sprache, versagt sind, lähmend und hemmend auf die Entschließungen desselben einwirkt, so macht sich dieser Defekt besonders fühlbar in schwierigen Lebenslagen, in Augenblicken körperlicher oder sittlicher Gefahr. Der H. fehlten diejenigen Mittel und Wege, die dem Vollsinnigen in ähnlicher Lage zur Verfügung sind, vor allem die Aussprache mit andern Menschen. Wenn zuzugeben ist, daß normal veranlagte Taubstumme, sobald sie einen ausreichenden und erfolgreichen Unterricht genossen haben, den Vollsinnigen gleich oder mehr oder weniger nahestehend zu erachten sind, so ist ebenso sicher, daß Taubstumme, die keinen Unterricht erhalten haben, nur ganz ausnahmsweise, unter besonders günstigen äußeren Verhältnissen, unter dem Einfluß einer Umgebung, die sich der Erziehung und Fortbildung des Taubstummen mit besonderer Sorgfalt annimmt, zu einer Ausbildung ihrer intellektuellen und moralischen Kräfte gelangen, die ausreichend ist, um sie den Vollsinnigen als gleich oder doch nahestehend erachten zu können. Davon kann im vorliegenden Fall nicht die Rede sein.

Nur ganz ausnahmsweise fand sich in der Umgebung der H. einmal eine Person, die sich die Mühe gab, sie zu verstehen; die meisten gingen teilnahmslos an ihr vorüber, indem sie sich damit begnügten, ihre mechanischen Arbeiten für sich zu verwerten und auszunutzen.

Ein Mensch, der ausschließlich auf eine vielfach zusammenhanglose Reihe konkreter Vorstellungen und Begriffe angewiesen ist, die er aus der umgebenden Außenwelt, in die er zufällig gestellt ist, in sich aufnimmt, ist dem Kinde gleich, so lange es über die Bildung eines rein körperlichen Ichs nicht hinausgekommen ist; erst mit der Entwicklung der Sprache ist die Möglichkeit einer schnelleren und mannigfaltigeren Verknüpfung der

Digitized by Google

Sinnesschlüsse und der daraus abgeleiteten Vorstellungen in jed Augenblick gegeben. Erst an der Hand der Sprachbilder und dadurch vermittelten abstrakten Begriffe entwickelt sich das sprüngliche körperliche Ich zu einem geistigen und sittlichen mit freier Selbstbestimmung.

Diese Vorstellungen religiösen, moralischen und intellektuel Inhalts fehlten der H., als sie, von Angst getrieben, das Kind Ruhe des Friedhofs anvertraute. Ob sie eine dunkle Ahn hatte, daß sie Unrecht tat, als sie das Kind zum Friedhof brac lasse er dahingestellt: die volle Einsicht in die Strafbarkeit Handlung besaß sie nicht und konnte sie nach ihrer geisti Entwicklung nicht besitzen."

Nachzutragen ist, daß nach den Zeugenaussagen die Ar klagte in ihrer Jugend etwas gesprochen — mit drei Jahren sie taub geworden sein — haben soll; daß sie als freundli und fleißige Person geschildert wird; daß sie schon ein Kind 6—7 Jahren hat, und daß sie ihre zweite Schwangerschaft harrlich leugnete, auch — wie der angebliche Schwänge aussagte — ihm nie eine Mitteilung von letzterer zukommen l Eine Zeugin wollte gehört haben, daß die Angeklagte ihr er Kind habe umbringen wollen.

In der Hauptverhandlung sprach sich der Vertreter des O gutachtens des Kgl. Med.-Kollegiums in demselben Sinn aus, der ärztliche Gutachter mit dem Zufügen; Ununterrichteten Ta stummen wird, wenn nicht ganz besondere Umstände vorlie z. B. Vorstrafen wegen desselben Verbrechens, seitens des Med.-K die erforderliche Einsicht nicht zugesprochen.

Der Taubstummenlehrer erklärte in der Hauptverhandl er könne nicht voll bejahen, daß die Angeklagte bei Begeh der Tat wußte, wegen der Tat strafrechtlich verfolgt werden können.

Die Angeklagte wurde freigesprochen und, äußerem V nehmen nach, später in eine Irrenbewahranstalt untergebra

Ein dritter[1]) Fall, nach den Akten von 1891, betraf ei nicht unterrichteten Korbflechter, der wegen Unzurechnungsfä

[1]) Vergl. vorige Nummer dieser Zeitschrift.

Digitized by Google

keit von der Anklage der Beleidigung und Bedrohung freigesprochen worden war. Er benahm sich bei der nunmehr eingeleiteten Entmündigung im Termin so ruhig und verständig, und gab so sachgemäße Antworten, daß ihn sowohl der Taubstummenlehrer als der ärztliche Sachverständige für geistig gesund erklären mußten. Einige Monate später der Brandstiftung angeklagt, wurde er aus denselben Gründen wie in dem vorigen Falle freigesprochen und einer Irrenanstalt überwiesen, in der er sich noch befindet.

Digitized by Google

Ist der Verzicht auf Alkohol als Genußmittel in der Irrenanstalt wünschenswert?[1])

Von

Oberarzt Dr. **H. Dietz.**

Die verheerenden Folgen des Alkoholmißbrauchs treten wohl niemand so deutlich vor Augen, wie gerade dem Irrenarzte, Folgen, die leider nicht allein der Trinker, sondern auch die Nachkommenschaft und diese gar oft nicht nur im ersten Gliede zu tragen hat. Fest steht, daß ein großer Prozentsatz der Nachkommenschaft von Trinkern zeitlebens eine Schwächung ihres Zentralnervensystems davontragen, daß auf Kinder und Enkel die Neigung zum Trunk übertragen wird, daß bei ihnen in auffälliger Weise Epilepsie, Geistesstörungen jeder Art und vor allem Idiotie auftreten. Dieses Heer von Krankheiten im Gefolge des Alkoholismus hat der Irrenarzt tagtäglich Gelegenheit genau kennen zu lernen. Sein Beruf verpflichtet ihn aber dazu, nicht allein den einzelnen Erscheinungen in ihrer Mannigfaltigdeit nachzugehen und sie zu studieren, sondern auch vor allem an die Heilung der Krankheit zu denken und die Maßregeln zu ergreifen, die diese erzielen.

In gar wenig anderen Erkrankungen ist die Diagnose so leicht gefunden, in noch selteneren damit die Ursache der Erkrankung so schnell erkannt und gleichzeitig der Weg zur Heilung

[1]) Aus der Großherzoglich Hessischen Landesirrenanstalt „Philippshospital" bei Goddelau (früher Landeshospital Hofheim).

Vortrag, gehalten in der Wanderversammlung hessischer Irrenärzte am 16. Januar 1905.

Digitized by Google

gegeben, wie bei der Trunksucht. Und doch sind noch nicht viele Jahre vorüber, seitdem man diesen geraden und anscheinend so selbstverständlichen Weg fand. Die Trinker ruinierten zuerst ihren Körper, ihr Familienglück, ihren Wohlstand, sorgten für unbrauchbare Nachkommenschaft, um dann in Irrenanstalten zu kommen, wo ihnen die Möglichkeit gegeben war, wenn auch in mäßigen Grenzen das Gift — das ist der Alkohol doch zweifellos für den Trinker — weiter zu erhalten, sie wurden anscheinend geheilt entlassen, um nach längerer oder kürzerer Zeit je nach der mehr oder minder großen Geduld der Familienmitglieder und ihrer eigenen verschiedenen Widerstandsfähigkeit wieder in der Anstalt zu landen. Das Spiel wiederholte sich auch wohl mehrmals. Viele blieben schließlich auch als dauernd Invalide in der Irrenanstalt, arbeiteten dort und erhielten bis an ihr Ende alkoholische Getränke, die ihr Elend verschuldet hatten.

Mehr und mehr kam man aber zur Überzeugung, daß ein großer Prozentsatz der chronischen Alkoholisten geheilt werden konnte durch vollständige konsequent und einhalb- bis einjährig durchgeführte Entziehung bezw. freiwillige Enthaltsamkeit von allen geistigen Getränken. In Spezialanstalten wurde das wohl zuerst erkannt, dort sollen heute 50—75 % reiner Trunksuchtsfälle zur Heilung kommen. Abstinent lebend sind die Leute wieder brauchbar im Leben und in der Familie.

Aber die Spezialanstalten für Entziehungskuren sind nicht allzu zahlreich; wegen ihrer hohen Preise kommt ihre Wirksamkeit nur den begüterten Ständen zugute; die Trinkerheilstätten für das Volk sind noch gar spärlich gesät! Beide müssen mit der offenen Behandlung rechnen; nur bis zu einem gewissen Grade einsichtige Kranke und die unkomplizierten Fälle, die eben eine offene Behandlung vertragen, können dorten aufgenommen und geheilt werden.

Ein großer Prozentsatz der Trinker kommt infolge des Mangels von Trinkerheilstätten, aus finanziellen und Sicherheitsgründen, infolge einer vollständig ausgebrochenen Geisteskrankheit in die Irrenanstalt.

Wenn dort die Diagnose gestellt, die Kranken gut verpflegt, der übermäßige Alkoholgenuß verhütet, der Kranke nach Zurück-

Digitized by Google

treten akuter Erscheinungen wieder entlassen würde, so wäre d meiner Ansicht nach eine recht dürftige oder besser gesagt gut wie gar keine Behandlung. Geholfen ist den Leuten jede falls nicht.

Eine jede Irrenanstalt, die unter ihren Kranken auch n einen kleinen Prozentsalz Alkoholiker zählt, ist unbedingt ve pflichtet, ausreichend für die Einsetzung der hier notwendig Heilfaktoren Sorge zu tragen, und sollte das gern tun in Anb tracht der zweifellos guten Ergebnisse, der Heilerfolge, die s hier erzielen kann.

Von den zahlreichen Geisteskrankheiten, die in unsere B handlung kommen, sind doch gar wenige, bei denen wir wirkli was leisten können, die wir heilen können, so daß wir uns freue sollten, tatkräftig hier eingreifen zu können.

Der Alkoholiker bedarf mit dem Eintritt in die Anstalt vo ersten Momente an vollständige Entziehung aller geistiger G tränke, er bedarf der Überzeugung, daß seine einzige Rettung i der lebenslangen dauernden Abstinenz liegt, daß der Alkoho überhaupt ein vollständig entbehrliches, für ihn gefährliches Ge nußmittel ist. Er muß die Torheit des Gedankens einsehen, de bei jener Frau in Rheinhessen noch Überzeugung war, die letzt hin eine befreundete Familie, die sich des Genusses von Wei und Bier enthält, fragte: „ja von was lebt Ihr denn?"

Die Enthaltsamkeit des Trinkers und seine Überzeugung vo ihrer Notwendigkeit wird aber nicht möglich sein, wenn wir ih in der Irrenanstalt mitten unter trinkende Kranke bringen un ihm den guten Rat oder strengen Befehl geben: nur du darfs nichts trinken, lassen ihn hänseln von den Umsitzenden un überlassen die Änderung seiner Ansichten, seine Heilung ihn selber und der Zeit. Er muß sich in vollständig abstinenter Um gebung befinden, er muß sehen, wie alle seine Mitpatienten gu gedeihen auch ohne sein früheres Lieblingsgetränk, er muß in tensiv psychisch behandelt werden, er muß fanatischer Absti nenzler werden, wenn auch der Fanatismus Gesunder den übrigen Gesunden keine erfreuliche Erscheinung ist.

Die persönliche psychische Behandlung ist allerdings bei der so häufig geringen Anzahl der Ärzte recht erschwert. Bis zu

Digitized by Google

einem gewissen Grade kann da wohl die Abstinenzliteratur — kleine Broschüren, Wochen-, Monatsschriften — und der möglichst häufige Hinweis auf sie einen Ersatz bieten.

Die Notwendigkeit einer abstinenten Umgebung erfordert zum mindesten eine besondere Abteilung, in der prinzipiell kein Tropfen Alkohol verabreicht wird, auch nicht an das betreffende Personal. Aber auch diese besondere Abstinentenabteilung genügt nicht vollkommen. Alkoholiker, Epileptiker und eine Reihe anderer abstinent zu verpflegender Kranken, auf die ich später zu sprechen komme, sind in zu großer Zahl vorhanden, um in einer Abteilung verpflegt zu werden, und bedürfen wegen häufiger Reibungen öfters der Verlegungen nach fast allen Abteilungen der Anstalt.

In der Anstalt muß natürlich noch für ausreichende Beschäftigung jeder Art, für gelegentliche Unterhaltungen, Kegeln, Tennis, Spaziergänge usw. gesorgt werden, damit der Aufenthalt, der sich mindestens auf ein halbes Jahr erstrecken muß, event. auch ein Jahr und länger je nach der Art des Falles, nicht gar zu schwer ertragen wird, der Kranke sich ihm nicht durch die Flucht entzieht und dadurch den ganzen Erfolg in Frage stellt, zumal die Flucht für ihn leicht ist auf den offenen Abteilungen, in denen wir z. Zt. auf der Männerabteilung 131 von 634 Männern, also etwa 20%, verpflegen. In diese offenen Abteilungen können die Trinker sehr bald verlegt werden. Es muß schließlich vor der Entlassung für einen abstinenten Haushalt gesorgt werden und für den Eintritt des Genesenen in abstinente Vereinigungen (Blaues Kreuz, Guttempler).

Wir dürfen aber in der Irrenanstalt nicht unser Augenmerk allein auf die reinen Trinker richten. Der gleichen Behandlungsweise zum Zwecke der Erziehung eines abstinenten Lebens bedürfen meiner Ansicht nach auch alle die Kranken, die der Trunksucht anheimgefallen waren, auch wenn später eine andersartige Erkrankung sie in die Anstalt geführt hat, oder wenn die Trunksucht bei vorher schon geistig Minderwertigen auftrat.

Wir finden in dieser zweiten Gruppe eine größere Anzahl, die in der Behandlung vollständig den reinen Alkoholikern gleichzusetzen sind, vor allem die Imbezillen, die infolge ihrer Trunk-

Digitized by Google

sucht eingeliefert wurden, hier bei geregelter Lebensweise alsbald ganz brauchbare Arbeiter geben, die auch öfters wieder zur Entlassung kommen. Deren Existenzbedingungen draußen sind natürlich bei weitem bessere, wenn wir sie abstinent halten können.

Wir haben mehrere Fälle, die man als Dem. paronoides bezeichnen kann, bei denen aber der Abusus spirituosorum vor der Erkrankung derartig langdauernd und intensiv war, daß man nur schwer von dem Gedanken eines chronischen Alkoholwahnsinns abkommt.

Wir haben etwas haltlose intolerante Menschen, ganz geschickte Arbeiter zum Teil, die nach eigenen und der Familie Angaben nur bei Alkoholmißbrauch kriminell werden, schließlich nach mehrfachen Bestrafungen und später häufigen Freisprechungen auf Grund des § 51 in die Irrenanstalt gewiesen wurden.

Andere sind Psychopathen und Degenerierte, die der Alkoholmißbrauch hierher brachte.

Schließlich kommen noch zahlreiche, mehr oder minder verblödete Fälle von Dem. praecox oder paranoides, auch einige manisch-depressive, bei denen Alkoholismus nachweisbar war.

Bei all diesen Kranken halte ich Alkoholabstinenz für notwendig, weil die Vergangenheit ihre Schwäche ihm gegenüber bewies, weil bei jedem dieser Kranken über kurz oder lang die Frage der Entlassung in Betracht kommen kann, für deren Fall die Anstalt nicht versäumt haben sollte, die Erziehung zur vollständigen Enthaltsamkeit wenigstens anzustreben. In einer Reihe der Fälle wird sie auch Erfolg sehen.

Für die Kranken, die in der Anstalt bleiben sollten, kann ich von dieser Forderung nicht abgehen im Interesse gleichmäßiger Behandlung aller früher Trunksüchtigen. Ein Verlassen dieses Prinzips würde zweifellos die Heilbaren schädigen, weil diese das ungleiche Maß nicht verstehen würden. Und wie und wann wollen wir in dem einen oder anderen Falle die Unmöglichkeit einer späteren Entlassung vorherbestimmen? Von Interesse dürfte auch der Standpunkt der Irrenärzte in Österreich sein, die vor einigen Jahren schon den Bau abstinenter Anstalten für unheilbare Trinker beschlossen, wohl in dem Gedanken, daß doch

Digitized by Google

manche von ihnen entlassen werden könnten, und daß es vom ärztlichen Standpunkte nicht zu vertreten sei, Kranken das Genußmittel, wenn auch in beschränktem Maße, weiter zu verabreichen, das die Ursache ihres Ruins gewesen war.

Ich komme nun zu einer dritten Gruppe, den Epileptischen, die Alkoholisten wurden, ihre Zahl ist in unserer Anstalt nicht sehr groß. Einen praktischen, in gewissem Sinne Heilfall kann ich hier anführen. Der etwa 30jährige Kranke wurde vor einigen Jahren wegen seiner brutalen Gewalttaten, nach Alkoholexzessen an Vater und Freunden begangen, hierher gebracht, wurde nach einigen Monaten indifferenter Behandlung entlassen, nach derselben Zeit aus der gleichen Ursache wieder eingeliefert, nun erfolgreich zur Abstinenz erzogen und befindet sich schon monatelang trotz mehrfacher epileptischer Anfälle und nicht besonders guten Zustandes nach Zeugnis des Vaters und der Bürgermeisterei ohne jede Schwierigkeit zu Hause.

Ein anderer epileptischer Kranker, auch zum zweiten Male wegen Trunksucht und in der Trunkenheit verübter brutaler Gewalttaten hier, machte, abstinent gehalten, in unserer Anstalt uns nur ganz ausnahmsweise einmal größere Schwierigkeiten in einem schweren Verwirrtheitszustande, ist dagegen sonst trotz in letzter Zeit häufigen Auftretens solcher Zustände leicht zu verpflegen, während er zu Hause andauernd der Schrecken seiner Familie war.

Diese Epileptischen, noch wenig verblödet, mit relativ seltenen Anfällen und psychischen Äquivalenten, wären, draußen abstinent, ganz brauchbare Arbeiter, in ihren Erregungszuständen jedenfalls viel leichter zu behandeln.

Im Anschluß hieran hoffe ich nicht auf Widerspruch zu stoßen, wenn ich als vierte Gruppe notwendig abstinent zu verpflegender Kranker allgemein die Epileptischen nenne, die mit wenig Ausnahmen durch Alkoholgenuß wegen meist bestehender Intoleranz und ungünstiger Beeinflussung ihres ganzen Zustandes, besonders auch der Anfälle Schaden erleiden und in trunkenem Zustande eine große Gefahr für ihre ganze Umgebung bilden.

Eine kleine Gruppe stellt die fünfte dar, arteriosklerotische Geisteskrankheiten mit häufigen Schlaganfällen, denen doch wohl zur Vermeidung erhöhten Blutdrucks Alkoholenthaltsamkeit an-

Digitized by Google

zuraten ist. Ein hierhergehöriger Kranker, früher starker Potator konnte entlassen werden, lebt abstinent und fühlt sich recht wohl

Als zweckmäßig sehe ich dies auch mit Rücksicht auf Entlassungen in den Remissionen für Paralytiker an, bei denen symptomatische Trunksucht ja auch nichts Seltenes ist. Sie werden zu Hause leichter zu leiten sein und Erregungen, verkehrte Handlungen und dergl. sicherer ohne weiteres als Zeichen von Verschlimmerung und Rat zur Rückverbringung erkannt werden Eine verständige Familie wird gerne die ärztliche Vorschrift abstinenter Verpflegung befolgen und mit Vorteil, wie ich gleichfalls aus der Praxis weiß.

Alkoholmißbrauch selber haben nicht getrieben eine größere Anzahl von meist jungen Idioten. Die Trunksucht des Vaters war bei einem Teile zweifellos als ätiologisches Moment zu betrachten. Diese sind uns meist als bildungs- bezw. erwerbsunfähig vom Alice-Stift (der Idiotenanstalt) zugewiesen worden wurden dort hoffentlich ohne Alkohol, wie dies bei den Kindern heute doch wohl in jedem verständig geführten Haushalt geschieht erzogen und sollten, da ja kein Grund zur Änderung vorliegt auch in der Irrenanstalt ohne dieses Genußmittel auskommen.

Wir haben nun einen großen Bestandteil der Irrenanstalt — ich hoffe mit Ihrer Zustimmung — als eines nüchternen Lebens bedürfend festgestellt.

Da möchte ich einmal Halt machen und Ihnen das Ergebnis einer kleinen statistischen Untersuchung mitteilen, die sich erstreckt auf 472 Pfleglinge, die im Laufe des Jahres 1904 auf der mir unterstellten Abteilung verpflegt wurden und zum größten Teile noch verpflegt werden.

Ich habe die Trunksucht der Väter, manchmal auch der Großväter, die gar häufig vorlag, unberücksichtigt gelassen, weil ich mir sagte, es komme bei der Frage, muß ein Individuum abstinent leben oder nicht, weniger darauf an, was sein Vater getan habe, obwohl dessen Fehler ja auch eine Warnung für den Sohn sein sollten, als vielmehr darauf, wie das Individuum selber beschaffen ist, und wie sein Lebensgang war.

Ich habe also bei 472 Kranken festgestellt, ob Alkoholismus vorliegt, welche Geistesstörung besteht (soweit dies möglich war

Digitized by Google

und welche Beziehungen zwischen beiden und habe die einzelnen Kranken unter den oben erwähnten Abteilungen untergebracht.

In der Gruppe 1, streng ausgewählte alkoholistische Geistesstörungen, vorwiegend reine chronische Alkoholisten, vier Fälle chronischen Alkoholwahnsinns bezw. psychische Schwäche nach Alkoholismus, finden sich 19 Fälle oder etwas über 4% der Untersuchten.

In der Gruppe 2, Alkoholismus mit Geistesstörung, wobei ersterer nur ganz ausnahmsweise als rein symptomatisch angesehen werden darf, vielmehr meist mehr oder minder als Mitursache der Krankheit, in einer Reihe der Fälle als Hauptursache, in anderen neben Imbezillität auftrat, oder als Ursache der Überführung in die Anstalt bei Intoleranten, Psychopathen und Kriminellen, ferner darunter eine große Anzahl schwer Verblödeter — 71 Fälle oder etwas über 15%.

In der Gruppe 3, epileptische Alkoholiker, 6 Fälle oder über 1%.

In der Gruppe 4, Epileptiker, 37 Fälle oder sehr wenig unter 8%,

In der Gruppe 5, arteriosklerotische Erkrankungen mit häufigen Apoplexien, 3 Fälle oder über ½%.

In der Gruppe 6, Paralyse mit (2 Fälle, bei denen Alkoholismus vor der Erkrankung bestand) und ohne Alkoholismus, 15 Fälle oder über 3%.

In der Gruppe 7, fast durchweg junge Idioten, 39 Kranke oder über 8%.

Ohne Alkohol zu verpflegen wären also mit Rücksicht auf den Heilungserfolg beziehungsweise ihren Zustand (ich meine hier die 39 Idioten) 190 von 472 Kranken, also über 40%.

Wollte ich nun verlangen, daß wegen dieser 40%, also etwas mehr als einem Drittel der Kranken, zu deren Vorteil und aus Zweckmäßigkeitsgründen alle übrigen auch auf das leider nur zu sehr verbreitete Genußmittel verzichten sollten, so möchte mancher mir einwerfen — und das ist auch in ähnlicher Weise schon oft geschehen —, es sei inhuman, die anderen dafür leiden zu lassen

Digitized by Google

wegen einer so kleinen Anzahl. Man dürfe den armen Krank dies Genußmittel nicht entziehen.

Dazu möchte ich ein paar Worte sagen. Das Wort „Genu mittel", das Wort „human" bei seiner Gewährung, „inhuman" l seiner Entziehung wird natürlich stets nur von den Leuten gebrauc die unter keinen Umständen selber darauf verzichten möchten.

Nach dem, was ich selber glaube beobachtet zu haben, u mir auch von alkoholbefreundeter Seite zugestanden wurde, ste ein großer Prozentsatz der Ärzte in bezug auf den Alkoholgen keineswegs auf dem Standpunkte, der sich für denjenigen au in eigener Anwendung ergeben müßte, der die Menschheit hygienischem Leben, zur Vermeidung aller Exzesse und besonde solcher, deren Schaden so klar auf der Hand liegt wie der d Alkohols, zu erziehen und anzuhalten berufen ist.

Ein nicht geringer Prozentsatz der Ärzte dürfte wohl unt die Rubrik „chronischer Alkoholismus" unterzubringen sein. D außerordentliche Verbreitung des Genußmittels, unsere Trinksitte der gewohnheitsmäßig fast tägliche Gebrauch bei der bei weite größten Anzahl der Männer hat eine Überschätzung seines Genu wertes überhaupt zur Folge und stört und hindert zum Schad zahlreicher Menschen, die ihn nicht vertragen, seine Abschaffu auch da, wo gar manche gewichtige Gründe dafür spreche Den Abstinenten wird Einseitigkeit und Fanatismus vorgeworfe die doch — bei uns wenigstens in Deutschland — in der Reg Gebrauch und Mißbrauch des Alkohols vorher kannten, au seine angenehmen Eigenschaften, auch seinen Genußwert, bev sie auf ihn verzichteten.

Die Gegner der Abstinenzbestrebungen halten sich für d allein maßgebenden nicht einseitigen Beurteiler, aber die eine Seit das Trinken, zu kennen, genügt ihnen.

Die Abstinenz versuchen sie in der Regel nicht, verurteile sie nur. Ich bin überzeugt, würden sie nur eine längere Zei und sei es nur der Erkenntnis halber, sie durchführen, das Ge nußmittel sänke in seinem Werte, und sie würden den andere Bestrebungen, auch wenn sie sie nicht teilen wollten, doch ge rechter werden, und sich ihnen nicht hinderlich in den Weg stelle ohne schwerwiegenden Grund.

Digitized by Google

Ich persönlich möchte, um nicht als Fanatiker zu gelten, nur sagen, daß ich auf der Hochschule ausreichend Gut und Böse des Alkohols kennen gelernt, aber auch zum Zwecke besserer körperlicher Leistungen oder regelmäßigerer geistiger Tätigkeit, ohne eine Abstinenzbewegung recht zu kennen, mich zeitweise ohne ihn behalf, daß ich während einer halbjährigen Tätigkeit in einer Trinkerheilanstalt abstinent war, dies mit Rücksicht auf Patienten, dann aus Gewohnheit im ganzen mit sehr geringen Einzelausnahmen etwa sechs Jahre blieb, dann wieder zweieinhalb Jahre während meiner Tätigkeit auf einer Frauenabteilung zum Teil aus Gesellschaftsrücksichten sehr mäßig trank, wobei mir besonders ein Glas Wein nach Tisch gelegentlich recht gut mundete. Seit einigen Monaten, nachdem mit der dankenswerten Einwilligung unserer Direktion vollständige Abstinenz auf der mir unterstellten Männerabteilung — vorläufig noch mit Ausnahme des Personals — eingeführt wurde, habe ich mit Rücksicht auf die Kranken gleichfalls wieder auf den Alkohol verzichtet. Ein Martyrium ist das aber keineswegs für mich.

In praktischer Hinsicht steht es aber bei der Einführung der Abstinenz keineswegs so, daß zwei Drittel der Kranken erst jetzt auf ihr Glas Bier verzichten müssen. Von den 282 überbleibenden Kranken sind eine recht große Zahl sehr schwer verblödet, die größtenteils wegen Unordentlichkeit in der Kleidung, unsozialen Verhaltens, Hinfälligkeit und Unreinlichkeit dauernd in Bettlage verpflegt werden, die zu keiner Beschäftigung zu gebrauchen sind und infolgedessen, da Bier in der Regel nur als Vergünstigung für irgendwelche Leistungen abgegeben wird, wenn der Kranke nicht durch seinen Pfleggeldsatz ohne weiteres eine Getränkvergünstigung erhält, an Wochentagen niemals Bier erhielten, sondern nur Sonntag nachmittags. Die so schwer verblödeten Kranken dürften auch in der Wertung dieses Genußmittels dem Gesunden nicht ganz gleichstehen und tatsächlich wurde auf derartigen Abteilungen der Wegfall des Sonntagbieres gar nicht bemerkt.

Die Zahl dieser Kranken mit Endzuständen mancherlei Psychosen — schwerste Verblödungen — beträgt 130 oder über 27%. Die Praxis — die notwendige Rücksicht auf einen sparsamen Haushalt, die Gleichgültigkeit dieser leistungsunfähigen Kranken —

Digitized by Google

hat sie ohne weiteres schon jahrelang vom regelmäßigen Alkoholgenuß ausgeschlossen. Der sonntägliche wird bei solchen Kranken auch ohne Klage wegbleiben können, jedenfalls ein Ersatz gerade so willkommen sein.

Der Rest der Kranken könnte nun ohne Schaden Alkohol erhalten; sie haben ihn anscheinend nie unmäßig genossen und verdienen zum größten Teil durch ihre Tätigkeit eine Vergünstigung, für die sie auch nach ihrem geistigen Zustand noch Empfindung haben. Ihre Zahl beträgt, jedenfalls nicht zu knapp bemessen, 152 oder etwas über 32%.

Zur besseren Übersicht füge ich hier zwei Tabellen ein:

Von 472 Kranken sind notwendig abstinent zu verpflegen

Gruppe	1 A.	2 A. + G.	3 E. + G.	4 E.	5 Art	6 P. A. + P.	7 I.	zusammen
in Zahlen	19	71	6	37	3	15	39	190
in % abgerundet	4	15	1	8	1	3	8	40

Gruppen	Alkohol		
	abstinent müssen sein	bedürfen nicht die sehr verblödeten Interesselosen	könnten erhalten
in Zahlen	190	130	157
in % abgerundet	40	27	33

Ein Drittel der Kranken wird tatsächlich nur eines Genußmittels beraubt — und würde wohl Klage führen? Mit nichten.

Ich habe in den letzten Tagen den Oberwärtergehilfen und Abteilungswärtern Weisung gegeben, auf allen Abteilungen die Kranken zusammenzustellen, die bei der Einführung der Abstinenz und passenden Getränkeersatzes schimpften. Es waren insgesamt 41.

Darunter befinden sich 16 der Gruppe Alkoholismus und Geisteskrankheit, drei Idioten und eine schwere Demenz.

Heute nach Verlauf einiger Monate — schimpfen darüber

Digitized by Google

noch 21 Kranke, darunter sieben der Gruppe Alkoholismus und Geisteskrankheit und ein Idiot.

Die mit einem gewissen Rechte beschwerdeführenden Kranken — denn eine Hälfte darf nicht berücksichtigt werden — betragen also bei Einführung der seither ungewohnten Abstinenz nicht einmal 5%.

Daß die Vorstellungen von dem Mißbehagen der Kranken bei Wegnahme des Alkohols übertrieben waren, geht doch wohl ohne weiteres hieraus hervor.

Wir wollen unseren Kranken nach Möglichkeit Freiheit innerhalb und außerhalb der Anstalt gewähren, ihnen für Beschäftigung in jeder Art, besonders im Freien, sorgen, ihnen Freude machen durch die häufigere Gewährung größerer Spaziergänge, körperlicher Spiele, Kegeln, Tennis, Eislaufen, auch durch kleine Feste und können ihnen dadurch den Verlust des schädlichen Genußmittels überreichlich ersetzen.

Sind wir aber einmal bei der abstinenten Verpflegung angelangt, so fallen weiterhin alle Schwierigkeiten weg. Kein neu eintretender Kranker wird klagen über den Mangel eines Genußmittels, das seine Umgebung nicht kennt, wie wir dies wissen von den Aufnahmeabteilungen, in denen schon seit längerer Zeit zur Vermeidung von Fehlern — Verabreichung von Alkohol an Trinker und Eleptische — Alkohol nicht gegeben wurde.

Die Verlegungen einzelner Alkoholiker und Epileptiker, die sich mißliebig gemacht haben, auf andere Abteilungen, die oft notwendig wird und bei nur einer Abstinenzabteilung gar nicht durchzuführen ist, bringt dann keine Schädigung mehr für die betreffenden. Wo sie hinkommen, treffen sie die für sie so nötige enthaltsame Umgebung.

Natürlich müßte auch das Wartepersonal, um den Reiz für die Kranken zu vermeiden, ohne Bier verpflegt werden, und das wäre zu seinem Besten. Gar manchmal schon erhielten Wärter, auch jüngere Oberwärtergehilfen, strenge Verwarnungen wegen Trunkenheit im Dienst, einzelne mußten ihn deshalb verlassen. Für die jungen Leute könnte es für ihr Leben nur von Vorteil sein, wenn sie an sich selber erführen, daß sie, nicht zu ihrem finanziellen Nachteil, sich ohne das Getränk recht wohl fühlen können.

Digitize

Größere Schwierigkeiten wird die Einführung nicht haben mehrere Wärter trinken schon lieber Milch wohl aus Gesundheitsrücksichten, etwa 8 von 48 morgens regelmäßig. Ersatz des Bieres durch den betreffenden Geldwert oder durch Verbesserung in der Verpflegung (Butterzulage), wenn man das für nötig halten sollte, würde wohl allen recht sein.

Wäre es möglich in der ganzen Anstalt incl. des Personals die Abstinenz einzuführen — und ernste Schwierigkeiten sind nicht vorhanden —, so steht für mich außer Zweifel, daß durch ein solches Beispiel auch die nächste Umgebung günstig beeinflußt würde. Damit würde auch deutlich der Standpunkt markiert, den meiner Ansicht nach eine Anstalt für Geisteskranke, deren viele durch Trunksucht gelitten haben, einnehmen sollte, den Standpunkt „Kampf gegen den Alkoholmißbrauch", dessen beste Waffe das Beispiel der Enthaltsamkeit ist. Daß die Ärzte nicht in der Nachhut bleiben sollten, ist selbstverständlich. Von dem Arzte, der insbesondere Alkoholiker in größerer Menge behandelt, ist Abstinenz zu verlangen.

Ein offenkundiger Schritt wurde ja hier bereits in ähnlichem Sinne gethan durch das auf Antrag unserer Direktion vom Kreisamt an die Wirtschaften der nächsten Umgegend bei Androhung der Konzessionsentziehung erlassene Verbot, geistige Getränke an die Pfleglinge des Landeshospitals zu verabreichen, außer an solche, die einen Erlaubnisschein vorweisen können. Letzteres war ein letztes Zugeständnis an fünf alte Insassen, die seit langer Zeit freien Ausgang und Wirtshausbesuch hatten.

Der Verzicht auf den Alkohol als Genußmittel in allen Irrenanstalten Deutschlands hätte aber nicht mehr nur eine lokale Bedeutung, sondern müßte zweifellos einen heilsamen und weitgehenden Einfluß auf die irrigen Volksanschauungen über die Notwendigkeit des Alkoholgebrauchs gewinnen und auf die schädliche Toleranz gegenüber dem Alkoholmißbrauch.

Das Ergebnis der Untersuchungen auf meiner Abteilung glaube ich ohne weiteres auch als gültig für die andere Männerabteilung ansehen zu dürfen. Was dort an Alkoholikern und Epileptikern fehlt, wird reichlich ersetzt durch schwer Verblödete und Sieche, wobei noch in Betracht kommt, daß die beiden dort befindlichen

Digitized by Google

Aufnahme-Wachabteilungen schon längere Zeit abstinent gehalten und daß ein sehr kleiner Prozentsatz der dortigen Kranken beschäftigt sind.

Was die Frauenabteilungen anlangt, so sind die Alkoholisten ja selten. Epileptische werden in ähnlicher Stärke wie bei den Männern in Betracht kommen, die zahlreichen untätigen, schwer Verblödeten erhalten an und für sich keinen Alkohol. Wenn man nun in Betracht zieht, daß die Frauen im großen und ganzen in unserer Gegend überhaupt an Alkoholgenuß nicht gewöhnt sind, so ist doch kein verständiger Grund erfindlich, weshalb die Kranken oder auch die Wärterinnen einmal oder gar zweimal täglich in den Irrenanstalten an Bier gewöhnt werden müssen, das sie, falls eine Kranke entlassen wird, in den seltensten Fällen draußen erhält.

Wir ziehen dadurch grundlos nur Bedürfnisse groß, deren Wegfall draußen die Entlassenen unzufrieden macht, und die die Anstalt bei dem Massenbetrieb gar nicht so geringe Summen kosten.

Ich habe für die mir unterstellte Abteilung eine Aufstellung machen lassen über den Getränkeverbrauch pro Tag im September 1903, zu einer Zeit, in der noch keine Abstinenzbestrebungen herrschten. Er betrug:

an Bier	170 l	= 27,20 M.
„ Wein	3¼l	= 2,28 „
„ Wasser	28 Fl.	= 1,82 „
„ Milch	90 l	= 14,40 „
		Sa. 45,70 M. täglich,

ferner für den 10. Januar 1905 während der abstinenten Zeit (der Krankenbestand war nun wenig höher), er betrug:

an Bier	35 l	= 5,60 M. (f. d. Personal)
„ Wein	—	—
„ Wasser	7 Krüge	= 0,70 „
„ „	12 Fl.	= 0,66 „
„ Milch	135 l	= 21,60 „
„ Limon.	48 g Zitronesäure	0,14.4 „
	Zucker 7500 g	0,61 „
		24,314 M.
Differenz zugunsten der Abstinenz	pro Tag	16,38 M.
	im Jahre	5978,70 „
Das Sonntagsbier betrug 140 l =		22,40 „
im Jahre		1164,80 „
Summa der Ersparnis im Jahre		7143,50 „

Digitized by Google

für allerdings die größte von vier Abteilungen. Für die ga
Anstalt würde im Jahre bei ähnlicher Dnrchführung wohl
Minderverbrauch von 20000 M. erfolgen.

Dabei haben alle Kranken, die früher Vergünstigungen
Getränk hatten, sie auch heute, nur statt des Bieres einen Ersa
frei nach Wahl, Selterswasser, Milch oder Zitronenlimonade (Sä
mit Zucker). Tee, ein unseren Kreisen wenig bekanntes Geträ
wurde auch mehrfach abteilungsweise nach Wunsch mit Mi
und Zucker versucht, einmal auch auf der ganzen Abteilung
geben und mit einigen Ausnahmen gerne genommen. Seine A
wendung würde sich wenig teurer stellen als Zitronenlimona
Himbeer-, Johannisbeersäfte trinken die Kranken auch gen
Die natürlichen Säfte würde auch ich der künstlichen Zitron
limonade vorziehen. In großen Anstalten mit Gartenbetrieb. v
die unsere es ist, könnten sie ohne Schwierigkeit hergest
werden. Auch Zulagen in der Verköstigung, Butter werden v
manchen als Ersatz für das Getränk gewünscht.

In bezug auf Kliniken möchte ich glauben, daß bei d
großen Wechsel des Krankenstandes mit zweifellos vielen Trinke
und Epileptischen die Einführung der Abstinenz wohl noch wichti
wäre als bei uns.

Ähnlich wie in unserer Irrenanstalt werden die Verhältni
auch anderorts liegen.

Nochmals zusammengefaßt würde die Antwort auf die v
mir gestellte Frage allgemein lauten müssen:

Der Verzicht auf Alkohol als Genußmittel in der Irrenanst
ist nicht nur wünschenswert, er ist dringend notwendig im Int
esse der zahlreichen Kranken, die einer Erziehung zur alkoh
abstinenten Lebensweise bedürfen, er ist eine zwingende N
wendigkeit aus der Pflicht der Irrenanstalt und ihrer Ärzte, Fr
zu machen gegen den Alkoholmißbrauch, der — das ist unmö
lich zu leugnen — die Kraft unseres Volkes untergräbt, und ein
großen Teil der Irrenanstaltsinsassen unmittelbar oder mittelb
liefert.

Digitized by Google

Untersuchungen über juvenile Demenz, mit einem Heilvorschlag.

Von

Dr. **Georg Lomer**, I. Assistenzarzt der Provinzialirrenanstalt Neustadt-Holstein.

Bei seinen Erörterungen über die mutmaßliche Ätiologie der Dementia praecox drückt *Kraepelin*[1]) sich sehr vorsichtig aus. „Es liegt", so meint er, „bei der nahen Beziehung der Krankheit zum Entwicklungsalter, zu Menstruationsstörungen, zum Fortpflanzungsgeschäft, bei dem Fehlen jeder erkennbaren äußeren Ursache wohl am nächsten, an eine Selbstvergiftung zu denken, die möglicherweise in irgend einem näheren oder entfernteren Zusammenhange mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen könnte."

Aufgabe der folgenden Untersuchungen soll es sein, dem Wesen und der vermutlichen Ursache des Leidens an der Hand des umfangreichen Materials der hiesigen Anstalt — unter alleiniger Berücksichtigung der Frauenabteilung — nachzuforschen. Wir gehen dabei von den folgenden Erwägungen aus.

Zwischen Geschlechtsorganen und Psyche bestehen anerkanntermaßen eine Reihe von Beziehungen intimster Art. Die gewaltige Entwicklung, welcher Geist und Körper in der Pubertätszeit unterliegen, wird in erster Linie durch die Funktion der Geschlechtsdrüsen ermöglicht, denen von neueren Autoren[2]) allgemein neben

[1]) *E. Kraeplin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Aufl. 1809. II. Bd. S. 204.

[2]) *A. Foges*, Zur Lehre von den sekundären Geschlechtscharakteren. Arch. f. d. ges. Physiol. XCIII. 1902. — *Jos. Halban*, Über den Einfluß der Ovarien auf die Entwicklung des Genitales. Monatsschr. f. Geburtshilfe und

Digitized by Google

der Bereitung der Eier und Samen noch eine sogenannte „innere Sekretion“ zugesprochen wird, unter deren chemischer Wirkung die spezifisch-männliche oder -weibliche Geschlechtsform sich ausbildet.

„Man kann“, sagt *P. J. Möbius*[1]), „nicht nur aus den Beobachtungen an Zwittern, sondern auch aus denen an Kastrierten schließen, daß in gewissem Grade beide Geschlechter auch das „geschlechtbildende Moment“ des anderen Geschlechtes in sich tragen. Es ergibt sich also, daß die Keimdrüsen die sekundären Geschlechtsmerkmale nicht machen, sondern fördern, daß sie andererseits das Auftreten von sekundären Merkmalen des anderen Geschlechtes verhindern.“ — Wenn *Möbius* hier die fundamentale Bedeutung der inneren normalen Sekretion schildert, so leuchtet es ein, daß ein abnormes Verhalten dieser Funktion auch auf die Psyche eine abnorme Wirkung ausüben, in anderer Weise gestaltend auf sie einwirken muß, als unter gewöhnlichen Umständen.

Suchen wir nun das zu Gebote stehende Material unter diesem Gesichtswinkel zu prüfen und zu verwerten.

Von den 365 weiblichen Insassen unserer bisher vorzugsweise chronisches Material bergenden Anstalt leiden 86, d. h. 23,5 v. H., an Dementia praecox. Hierbei sind alle Fälle mit zweifelhafter Diagnose oder unsicheren und mangelhaften anamnestischen Angaben, um Irrtümern zu entgehen, von vornherein ausgeschaltet. Ebenso sind die an Dementia praecox erkrankten Imbezillen nicht gerechnet, bei denen gar zu leicht eine schwer trennbare Verquickung der Krankheitsbilder entsteht. Leider wurden in vielen Fällen die ziffernmäßigen Feststellungen durch mangelhafte Daten über den Beginn der Erkrankung aufs äußerste erschwert.

Von den genannten 86 Fällen gehören 32 mehr der hebephrenen, 45 mehr der katatonen, 9 mehr der paranoiden Form an. In

Gynäkol. XII. 1900. — *E. Knauer*, Die Ovarien-Transplantation. Arch. f. Gynäkol. LX. 1900. — *Ribbert*, Über Transplantation von Ovarium, Hoden und Mamma. Arch. f. Entwicklungsmechanik. 1898.

[1]) *P. J. Möbius*, Über die Wirkungen der Kastration. 1903. S. 92.

Digitized by Google

Prozenten ergaben sich gleicherweise die Ziffern 37,2 v. H., 52,3 v. H., 10,4 v. H.

Es ist jedoch zu bemerken, daß in vielen Fällen die Zuteilung zu einer bestimmt charakterisierten Gruppe sehr schwierig ist. Es gibt zahlreiche fließende Übergangsformen, bei denen sich teilweise die Kennzeichen der einen wie der anderen Gruppe feststellen lassen.

Was die Heredität betrifft, so verteilen sich die Fälle folgendermaßen. Bei 9 Fällen der katatonischen, 5 der hebephrenischen, 3 der paranoiden Gruppe, also im ganzen bei 17 Fällen von 86 sind keine anamnestischen Angaben über die fraglichen Verhältnisse zu erhalten, sie sind also auszuschalten.

Von den noch übrigen 69 wurde bei 10 katatonischen (14,4%), bei 6 hebephrenischen (8,7%), bei 3 paranoiden (4,3%), keinerlei Heredität gefunden. In bezug auf die vorhandene Belastung stehen also die paranoiden mit 95,7% am höchsten, die katatonischen mit 85,6% am tiefsten. Die ersteren erscheinen demnach absolut am stärksten, die katatonischen am geringsten belastet.

Eine doppelte Belastung seitens der väterlichen und mütterlichen Ascendenz fand sich bei vier K-Fällen[1]) (9%), bei vier H-Fällen (12,5%), bei den paranoiden garnicht. Diese Doppelbelastung drückt sich in der K-ascendenz so aus, daß vorzugsweise auf seiten des einen Elternteils Geisteskrankheit, auf seiten des anderen Alkoholismus zu verzeichnen ist, während die Nervenkrankheiten sich gleichmäßig auf beide Seiten verteilen. Bei der H-Aszendenz hingegen findet sich fast durchweg auf der einen Seite Geisteskrankheit, auf der anderen neurasthenische Anlage, während Alkoholismus nur einmal ganz vereinzelt genannt wird.

Aus diesen Zahlen scheint hervorzugehen, daß eine Kombination von Geisteskrankheit und Alkoholismus der Eltern mehr zu katatoner, eine solche von Geisteskrankheit und Neurasthenie mehr zu hebephrener Erkrankung der Nachkommenschaft disponiert. —

In bezug auf die einseitig belasteten Fälle sei zunächst auf

---

[1]) K-Katatonie, H-Hebephrenie.

Digitized by Google

einen weiteren Unterschied zwischen den beiden Hauptformen aufmerksam gemacht. Während bei Belastung seitens der Mutter auch die Geschwister der letzteren sowohl bei der K- wie bei der H-Reihe eine beiderseits fast gleiche Beteiligungsziffer darbieten (bei K in 4 von 21, bei H in 5 von 17 Fällen), so ist ein analoges Verhalten bei einseitiger Belastung seitens des Vaters durchaus nicht zu konstatieren. Erkrankungen der väterlichen Geschwister kommen in unseren Fällen vielmehr ausschließlich bei katatonischer Erkrankung der Deszendenz vor. Bei hebephrenischer habe ich keinen derartigen Fall feststellen können. Vielleicht besteht eine eigenartige Beziehung zwischen dieser letztgenannten und der oben angeführten Tatsache, nach welcher Alkoholismus des Vaters und Geisteskrankheit der Mutter sich in der Deszendenz besonders gerne zu katatonischer Erkrankung kombinieren. Möglicherweise liegen die Verhältnisse so, daß bei größerer spezifisch-psychopathischer Vererbungskraft des Vaters vorwiegend der katatonische, bei solcher der Mutter der hebephrenische Symptomenkomplex sich herausbildet. Indessen dürfte ein definitiver Schluß auf Grund unseres noch kleinen Tatsachenmaterials vorläufig allzu gewagt erscheinen.

Damit möchte ich die Hereditätsfrage auf sich beruhen lassen, zumal meine übrigen Erfahrungen sich nicht wesentlich von denen anderer Autoren unterscheiden. Es sei nur noch erwähnt, daß bei einseitiger Belastung (also dem Gros unserer Kranken), der väterliche Einfluß ebenso oft wie der mütterliche beteiligt ist und daß in der Aszendenz bei weitem die größte Rolle die Geisteskrankheiten spielen, denen sich (nach dem Verhältnis ihrer ziffernmäßigen Beteiligung) Alkoholismus und Status nervosus zu gleichen Teilen, und als letzter Faktor die reinen Nervenkrankheiten anschließen.

Die Dementia praecox oder juvenilis hat ihren Namen daher, daß sie das jugendliche Alter in unverkennbarer Weise bevorzugt. Es muß nun von Interesse sein festzustellen, ob die befallenen Individuen bereits vor dem Einsetzen dieser ausgesprochenen Geisteskrankheit in somatischer oder psychischer Beziehung auffällige Kennzeichen geboten haben. Leider versagt hier die Statistik insofern, als bei 48 von unseren 77 Fällen keine entsprechenden

Digitized by Google

Angaben vorhanden sind. Es bleiben somit nur 29 Fälle, auf welche sich die bekannt gewordenen Daten in folgender Weise verteilen. Es sind erwähnt:

Kopfschmerzen	in	11	Fällen	(37,93%),
Bleichsucht	„	6	„	(20,68%),
Sexual- u. gynäkol. Leiden	„	5	„	(17,24%),
Allgemeine Schwächlichkeit	„	4	„	(13,79%),
Drüsen	„	3	„	(10,34%),
Fall auf den Kopf	„	2	„	(6,89%),
Typhus	„	2	„	(6,89%),
Gehirnerschütterung	„	1	Fall	(3,44%),
Lungenentzündung	„	1	„	(3,44%),
Kinderkrankheiten	„	1	„	(3,44%).

Einen besonders großen Raum nehmen in dieser Liste die „Kopfschmerzen", sodann die „Bleichsucht" ein, und im allgemeinen ist wohl anzunehmen, daß die Verhältnisse bei den notgedrungen unberücksichtigten Fällen ganz ähnlich liegen werden. Daß einzelne Angaben wie z. B. über „Kinderkrankheiten" stark lückenhaft sein müssen, liegt auf der Hand.

In bezug auf psychische Besonderheiten sind unter unseren 29 Fällen nur 10 Beobachtungen vorhanden. Bei diesen 10 Individuen (34,48%) ist bemerkt, daß sie schon in der Kindheit eigenwillig, empfindlich, unverträglich oder auffallend still gewesen seien, also jedenfalls der Norm nicht entsprachen.

Haben wir nunmehr konstatiert, daß ein großer Prozentsatz unserer Kranken bereits vor Eintreten ihrer endgültigen Psychose Anzeichen von somatischer Erkrankung oder psychischer Abnormität dargeboten haben,[1]) so ist es von nicht geringerer Bedeutung zu erfahren, wie sich die Psychose in ihrem Anfangsstudium entwickelte, wie das auslösende Moment beschaffen war und wie der psychische Organismus auf Reize reagierte, die man für gewöhnlich als physiologische zu bezeichnen pflegt.

Ein solcher Reiz ist für das Weib die Menstruation. Untersuchen wir nun, wie in unseren Fällen das Auftreten der letzteren sich äußert.

Der erste Eintritt der Menses fiel im Durchschnitt auf das Alter von 15,3 Jahren, ist also nicht abnorm früh oder spät (die

[1]) Sicherlich sind die genannten Zahlen, wegen der mehr oder weniger mangelhaften Beobachtung, im ganzen viel zu niedrig gegriffen.

Digitized by Google

Einzelangaben variieren zwischen 11 und 20 Jahren als Extremen. Die Dauer schwankte zwischen 2 und 8 Tagen und betrug im Mittel 4,3—5,0 Tage.[1])

Das Auftreten war bei der Mehrzahl regelmäßig, (unregelmäßig nur in 14 Fällen von 86, = 16,2%) und die Blutung an sich meist von mittlerer Stärke (sehr stark nur in 21 [= 24,4%] sehr schwach in 16 Fällen [= 18,6%]). —

Unterschieden sich unsere Kranken also in bezug auf Dauer, Regelmäßigkeit und Stärke der Menses nicht wesentlich von normalen Personen, bei denen Unregelmäßigkeiten und abnorm schwache oder starke Blutungen wohl auch vorkommen, so ist dies betreffs der begleitenden psychischen Erscheinungen keineswegs ebenso.

Nur bei 17 Kranken (= 19,7%) verlief die Menstruation immer ohne auffällige psychische Veränderung, während bei den übrigen 69 (= 80,3%) die Periode von mehr oder weniger heftigen Aufregungszuständen begleitet ist, welche sich bei 13 Individuen (= 15,1% der ganzen Zahl) sogar bis zu tätlichen Angriffen auf die Umgebung zu steigern pflegen.

Fast alle diese Kranken leiden auch außerhalb der Menses an regelmäßig wiederkehrenden, doch etwas minder intensiven Erregungszuständen, welche sich in Schimpfen und Schreien, Singen und Weinen, bisweilen auch Tanzen äußern, und deren Dauer von einigen Stunden bis zu mehreren Tagen variiert. An solchen außer-menstruellen Erregungszuständen der beschriebenen Art leiden übrigens auch alle die während der Menses ruhigen Personen (19,7%) in ganz gleicher Weise.

Bei nicht weniger als 59 unserer sämtlichen Kranken (= 68,6%) konnte sich die Erregung bis zu Gewalttätigkeiten steigern und zwar bei allen Gruppen in gleichmäßiger Weise. Die katatone Gruppe unterschied sich nur insofern von den anderen, als einzelne dieser Kranken noch außerdem zur Zerstörungssucht neigten (6 unter 45), und als sie einen besonders hohen Prozentsatz Suicidaler aufwies. Der Verdacht der Suicidalitas bestand bei 14 Katatonikern [= 31,1%], bis zu Versuchen war es bei

[1]) Bei den K-formen 4,3, bei den H-formen 4,7 und den paranoiden 5 im Mittel.

Digitized by Google

11,1%] gekommen. Von den hebephrenen dagegen waren zwei suicidverdächtig, von denen einer bereits ein Conamen macht hatte. Die Paranoiden stellten einen Fall von Conamen. waren also im ganzen 17 Suicidale vorhanden 19,7%).

Bei alledem ist hervorzuheben, daß alle die letztgenannten mptome, wie Erregungen, Gewalttätigkeiten, Suicidversuche, besondere die letzteren, im weiteren Verlauf der meisten Fälle, l. mit fortschreitender Verblödung, an Stärke und Zahl abmen. Ganz besonders, wenn erst einmal das Klimakterium rschritten ist. —

Diese Verhältnisse geben meines Erachtens zu denken, und Bild wird noch merkwürdiger und charakteristischer, wenn nun zur Besprechung des ersten Auftretens der ganzen Affektion rgehen.

Da ist zunächst hervorzuheben, daß vor der Pubertät überpt kein Erkrankungsfall auftritt. Die Erkrankung stellt vielmehr folgendermaßen zum Alter der Befallenen — und r handle es sich zunächst um die Fälle von

I. Hebephrenie:

		davon im Anschluß an die 1. Menstruation	im Anschluß an Gravidität	im Anschluß an ein sexuelles Erlebnis
Mit 1—14 Jahren beginnen	0 Fälle	—	—	—
„ 15 „ „	3 „	1	—	—
„ 16 „ „	3 „	—	—	1
„ 17 „ „	2 „	—	—	—
„ 18 „ „	2 „	—	—	1
„ 19 „ „	3 „	—	1	—
„ 20 „ „	3 „	1	1	—
„ 21 „ „	3 „	—	—	—
„ 22 „ „	1 „	—	—	1
„ 23 „ „	3 „	—	2	1
„ 24 „ „	0 „	—	—	—
„ 25 „ „	6 „	—	2	1
„ 26 „ „	1 „	—	—	—
„ 27 „ „	2 „	—	—	2
Summa	32 Fälle	2	6	7

Digitized by Google

Zur Erläuterung dieser Tabelle muß gesagt werden, daß mi dem Ausdruck „sexuelles Erlebnis“ Vorgänge wie Lösung de Verlobung, Fehlschlagen eines Heiratsplanes, Liebeskummer, un glückliche Ehe, Tod eines Kindes, also: psychische Traume gemeint sind.[1]) Auch Gravidität und Einsetzen der ersten Men struation sind ja eigentlich „sexuelle Erlebnisse“ im wahren Sinn des Worts, und es ist wohl anzunehmen, daß diesem sexuelle Momente als auslösendem Faktor der Krankheit eine viel größer

II. Katatonie:

		davon im Anschluß an die 1. Menstruation	im Anschluß an Gravidität	im Anschluß an ein sexuelles Erlebnis
Mit 1—16 Jahren beginnen	0 Fälle	—	—	—
„ 17 „ „	2 „	—	—	—
„ 18 „ „	3 „	—	—	1
„ 19 „ „	3 „	1	—	1
„ 20 „ „	3 „	—	—	1
„ 21 „ „	7 „	—	—	1
„ 22 „ „	1 „	—	—	—
„ 23 „ „	2 „	—	—	—
„ 24 „ „	3 „	—	—	—
„ 25 „ „	7 „	—	1	3
„ 26 „ „	2 „	—	1	—
„ 27 „ „	1 „	—	—	1
„ 28 „ „	2 „	—	1	—
„ 29 „ „	1 „	—	1	—
„ 30 „ „	1 „	—	—	1
„ 31 „ „	2 „	—	2	—
„ 32 „ „	1 „	—	—	—
„ 33 „ „	— „	—	—	—
„ 34 „ „	1 „	—	—	—
„ 35 „ „	2 „	—	1	1
„ 36 „ „	1 „	—	—	—
Summa	45 Fälle	1	7	10

[1]) Die enge funktionelle Verbindung von Geschlechtlichkeit und weiblicher Psyche ließ mich auch alle die Vorgänge als „sexuelle Erlebnisse“ auffassen, welche mit den weiblichen Geschlechtsorganen in Verbindung gewesene Dinge betreffen, also auch das Sterben von Kindern.

Digitized by Google

olle zukommt, als aus unseren so unzuverlässigen und lücken-ften Anamnesen ersichtlich. Aus Zartgefühl und falscher ham wird von den berichtenden Angehörigen ein derartiges otiv oft genug verschwiegen, und spätere Erhebungen sind nicht ehr imstande, die einmal vorhandene Lücke zu füllen. Es gen nun die Tabellen über Katatonie und die paranoide Gruppe gen, welche dieselbe Anordnung wie oben aufweisen.

III. Paranoide Gruppe:

			davon im Anschluß an ein sexuelles Erlebnis
Mit	1—14 Jahren beginnen	0 Fälle	—
„	15 „ „	1 „	—
„	16 „ „	1 „	—
„	17 „ „	— „	—
„	18 „ „	— „	—
„	19 „ „	— „	—
„	20 „ „	— „	—
„	21 „ „	— „	—
„	22 „ „	1 „	1
„	23 „ „	1 „	1
„	24 „ „	— „	—
„	25 „ „	1 „	—
„	26 „ „	— „	—
„	27 „ „	— „	—
„	28 „ „	2 „	—
„	29 „ „	— „	—
„	30 „ „	2 „	—
		9 Fälle	2

Im Anschluß an die erste Menstruation oder an Gravidität entckelte sich bei dieser Gruppe kein Fall.

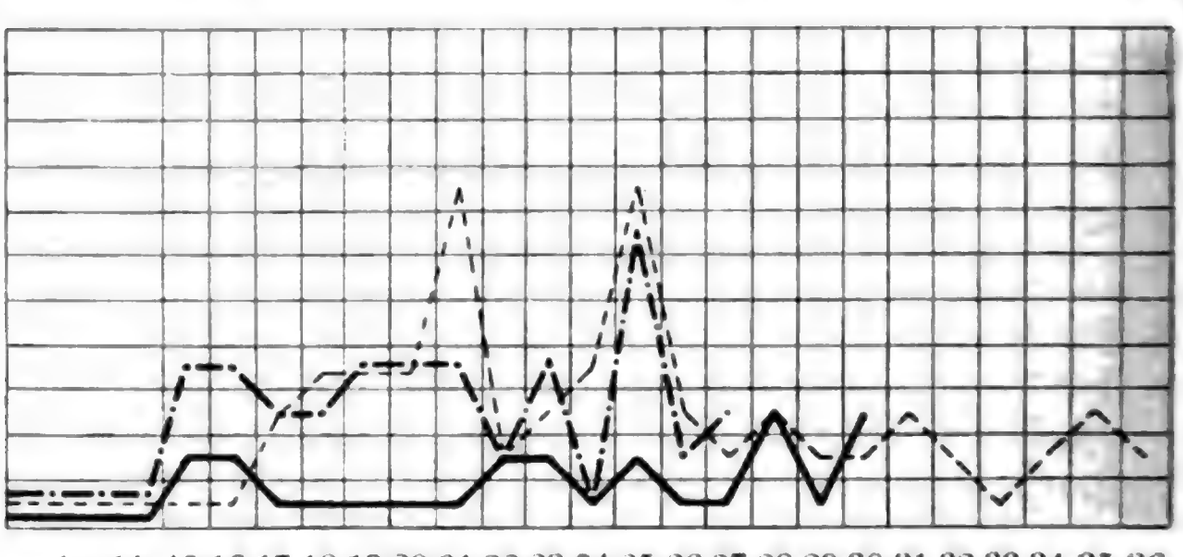
Fassen wir die Zahlen obiger drei Tabellen zusammen, so den wir, daß

Anschluß an die erste Menstruation	3 Fälle	von 86	(= 3,4 %)
„ „ eine Gravidität	13 „	„ 86	(= 15,1 %)
„ „ ein sexuelles Erlebnis	19 „	„ 86	(= 22 %)
gonnen haben. Im ganzen also	35 Fälle	von 86	= 40,6 %.

Digitized by Google

Und zwar sind hier bloß die Fälle mit nachgewiesenem Zu sammenhang verwertet. — Zur Ergänzung obiger Angaben mu auch Erwähnung finden, daß die Gravidität in 5 von 13 Fälle eine illegitime war, und daß in einem der K-Fälle die Psychos sich an die Laktation anschloß. Im übrigen sei nochmals au die Mangelhaftigkeit unserer Notizen hingewiesen und bemerk daß von den restierenden 51 Fällen angeblich einer[1]) sich a eine schwere Narkose (Drüsenoperation), ein anderer[2]) an ein „Influenza“ unmittelbar anschloß. Ob und inwieweit hier Ge mütsbewegungen auf sexueller Basis vorausgegangen waren, i unbekannt.

Im ganzen scheint aus unseren Tabellen wie auch aus den unten stehenden zusammenfassenden Übersichtskurven hervorzugehen daß die hebephrenische Erkrankungskurve vom 15. bis 20. Lebens jahre sich etwa auf gleicher Höhe hält, darnach leicht absinkt um mit dem 25. Lebensjahre abermals einen — und zwar ihren absoluten — Höhepunkt zu erreichen.



Die katatonische Erkrankungskurve setzt etwas später, nämlich mit dem 17. Lebensjahre ein, hält sich — ähnlich der hebephrenen — bis zum 20. Jahre auf gleicher Höhe und schnellt mit dem 21. Jahre plötzlich auffallend aufwärts. Hier-

[1]) Katatonie mit 25 Jahren.
[2]) Katatonie mit 32 Jahren.

Digitized by Google

sinkt sie stark ab, um — ebenso wie die hebephrene — dem 25. Jahre ihren zweiten Höhepunkt zu erreichen. Erkungen dieser Gruppe reichen in ein viel höheres Lebensr hinauf, wie solche der ersten, sodaß das katatonische krankungsalter in seiner Gesamtheit hinaufgerückt cheint.[1])

Dieser Rhythmus der Krankheit ist unbedingt recht auffallend. lleicht hängt er mit einer noch dunklen Periodizität im Ab- physiologischer und pathologischer Vorgänge zusammen,[2]) ch welche etwa eine periodisch wiederkehrende Disposition zu immten Krankheitsformen hervorgerufen werden könnte, und et später seine Aufklärung. —

Haben wir im vorausgehenden gesehen, wie stark das sexuelle ment bei der Entstehung, Auslösung der juvenilen Demenz eiligt ist, so ist es von gleichem Interesse, Näheres über das vortreten dieses Elements auch im weiteren Verlauf der nkheit zu erfahren. Eine besonders wichtige Rolle in diesem dange spielen die Sinnestäuschungen, welche sich auf verschiedene Sinne verteilen, jedoch unter Bevorzugung ganz bemmter spezifischer Gebiete. Bei 20 von unseren 86 Kranken ß sich leider das frühere oder derzeitige Vorhandensein von lluzinationen überhaupt nicht mehr feststellen. Es liegt das dem chronischen Material, an den z. T. sehr vorgeschrittenen nkheitsstadien und — nicht zum wenigsten — an den mangelten anamnestischen Angaben, welche uns zur Verfügung standen. ch haben viele Kranke eine große Gewandtheit im Dissimulieren er subjektiven Wahrnehmungen.

Bei möglichst kritischer Sichtung des Vorhandenen und unter glassung aller indifferenten Halluzinationen fanden sich:[3])

[1]) Die paranoide Gruppe bietet in dieser Beziehung nichts auffälliges; h ist das Material zu klein.

[2]) Vgl. Swoboda. Die Perioden des menschlichen Organismus in ihrer chologischen und biologischen Bedeutung. Leipzig und Wien, 1904. Franz ticke.

Vgl. auch meinen Aufsatz „Schlaf und Geisteskrankheit". Psychiatrisch-rologische Wochenschrift 1905, No. 1.

[3]) In Frage kamen 66 Kranke, d. h. 25 hebephrenische, 32 katatonische, paranoide.

Digitized by Google

I. Sexuelle oder sexuell betonte Sinnestäuschungen au akustischem Gebiet 7 mal bei Hebephrenischen, 20 mal b Katatonischen, 7 mal bei Paranoiden. Im ganzen 34 mal i 66 Fällen (= 51,5%).

II. Sexuelle oder sexuell betonte Sinnestäuschungen au optischem Gebiet 5 mal bei Hebephrenischen, 5 mal bei Kata tonischen, 2 mal bei Paranoiden. Im ganzen 12 mal in 66 Fälle (= 18,1%).

III. Sexuelle und sexuell betonte Sinnestäuschungen auf der Gebiete körperlicher Sensationen[1]) 5 mal bei Hebephrenische 4 mal bei Katatonischen, 6 mal bei Paranoiden. Im ganze 15 mal in 66 Fällen (= 22,7%).

Wie wir sehen, spielen derartige Sinnestäuschungen bei de K-Gruppe eine größere Rolle, als bei den anderen und ist vo den einzelnen Sinnen am stärksten beteiligt der akustische. —

Um nun zu erfahren, wie weit das sexuelle Moment in der nicht halluzinatorisch veränderten Bewußtseinszuständen unsere Kranken sich bemerkbar macht, wurden auch hierüber Erhebunge angestellt. Sie ergaben, daß nicht weniger als 42 Kranke vo 86, d. h. 48,8% einen mehr oder weniger gesteigerte Geschlechtstrieb ihrer Umgebung gegenüber an den Tag legten Ja, wenn die vielen heimlich masturbierenden Kranken noch Be rücksichtigung finden könnten, so würde diese Zahl sogar wei überschritten werden.

Zu diesen 48,8% stellten die Hebephrenen mit 22 unte 32 Fällen das Hauptkontingent: dann folgten die Katatone mit 15 unter 45, und die Paranoiden mit 5 von 9 Fällen. Während also bei den Sinnestäuschungen die Katatonen mehr hervortreten, sind es in bezug auf allgemein gesteigerte Geschlechtlichkeit die Hebephrenen, welche obenan stehen.

Nach alledem steht also das geschlechtliche Element in ganz ungeahntem Maße im Vordergrund, sowohl was die Auslösung, als was den weiteren Verlauf der Dementia praecox anbetrifft.

[1]) Auch Sensationen wie Kneifen, Schlagen, Drücken sind hier einbegriffen. Dagegen ist das Gefühl des Elektrisiertwerdens (bei 2 Katatonische notiert) nicht berücksichtigt.

Digitized by Google

nicht auch die massenhaften, scheinbar asexuellen regungszustände unserer Kranken, deren hohen Prozent- wir oben feststellten, einfach als das „Abreagieren", tladen intensiver geschlechtlicher Vorstellungen ins torische Gebiet aufgefaßt werden dürfen, steht dahin. persönlich neige dazu, dieser Deutung beizutreten. Auch Beißen und Schlagen kann ja bekanntlich als geschlecht- es Stimulaus wirksam sein, und das nicht nur in patholo- hen Fällen! In ähnlicher Weise ist ein intimer Zusammen- g religiöser Vorstellungen mit geschlechtlichen eine längst annte Tatsache.

Wenn demnach die Dementia praecox ihre augenfälligsten nptome auf sexuellem Gebiete offenbart, wenn ferner mit zu- mender Demenz, wie häufig zu beobachten, das geschlechtliche ment immer mehr die Alleinherrschaft behauptet, so ist — er Berücksichtigung aller eingangs erwähnten Umstände —, herlich die Vermutung genügend gerechtfertigt, daß dieses Hand Hand gehen, dieses Zusammenfallen der Symptome kein ganz älliges sein könne. Die sich hier offenbarende Regelmäßigkeit eine zu große, und die verwerteten Zahlen reden meines Er- tens eine deutliche Sprache.

Die auf der Hand liegende einfachste Erklärung des uen Symptomenkomplexes dürfte die sein: daß das wirk- me Moment bei der Dementia praecox in einer patho- gischen Veränderung der inneren Ovarialsekretion suchen ist. Wenn die Tätigkeit der weiblichen Geschlechts- se sich, wie angenommen wird, aus einer äußeren Sekretion, nlich der Bildung und Ausstoßung der Ovula, und einer inneren retion in die Säfte des Körpers hinein, also einer chemischen tigkeit zusammensetzt, so kann es nach unserem oben ver- eiteten Tatsachenmaterial nur die letztere sein, welche von ser Veränderung betroffen ist.

Ob es sich dabei um eine Hypersekretion oder um eine thologisch wirksame Zusammensetzung des nicht ver- ehrten Sekretes handelt, steht dahin, kommt für die aus unserer kenntnis zu ziehenden Konsequenzen auch nicht in Frage. Für ne dieser anfänglichen Hypersekretion nachfolgende Minder-

Digitized by Google

funktion spräche der Umstand, daß mit eintretender Verblödung so oft eine zunehmende Fettleibigkeit der juvenil Dementen sich ausbildet. Diese Fettleibigkeit entspräche dann derjenigen der weniger fruchtbaren oder sterilen Frauen. Es ist ja bewiesen, daß durch Entfernung oder Zerstörung der Eierstöcke eine Disposition zur Fettsucht geschaffen wird.[1]) —

Da, wie bereits zu Anfang erwähnt, die ungeheuere Wichtigkeit der inneren Sekretion für die Ausbildung der sekundären Geschlechtscharaktere und damit auch für die Entwickelung der Psyche feststeht, so erklärt sich unsere Psychose mit ihrer Folgeerscheinung, der Demenz, also am zwanglosesten durch die Annahme einer initialen inneren Hypersekretion des Ovariums. Die sogenannten menstruellen Psychosen lassen sich dann einfach als abortive Fälle der juvenilen Demenz begreifen, d. h. als Fälle, in denen es zu einer Demenz gar nicht erst kommt. —

Wichtig genug erscheint mir die hauptsächlichste der aus alledem zu ziehenden Konsequenzen zu sein. Bedeutet sie doch nichts anderes als die Möglichkeit einer Heilung oder weitgehenden Besserung der Dementia praecox durch möglichst frühzeitige doppelseitige Kastration, und in der Tat ist bereits vor einigen Dezennien eine operative Behandlung menstrueller Psychosen von Goodell[2]) mit Erfolg versucht worden. Leider gerieten diese Ansätze einer rationellen Behandlung durch die aussichtslose Übertragung dieser Therapie auf das Gebiet der Hysterie in Mißachtung und Vergessenheit. Doch scheinen sie mir der einzige Weg zu sein, auf dem es sich lohnt den Hebel anzusetzen. —

Die Heilungsaussichten für die juvenile Demenz sind unter den seitherigen Auspizien ja nur als äußerst traurige zu bezeichnen. — *Kraepelin* fand bei seinen hebephrenischen Kranken nicht mehr als 8% Heilungen und drückt sich auch hier noch

[1]) Löwy und Richter. Du Bois-Reymonds Arch. f. Physiol. 1889. Suppl. und Zentral-Blatt f. Physiol. 1902, No. 17.

[2]) W. Goodell. Clinical notes on the exstirpation of the ovaries for Insanity. Amer. Journ. of Ins. Jan. 1882.

Digitized by Google

äußerst skeptisch aus, insofern als er Wiedererkrankungen bezw. übrigbleibende psychische Defekte als „nicht selten" bezeichnet. Auch bei den „geheilten" Katatonikern, — 13% — hat er solche Defekte bemerkt und betont die Möglichkeit der Wiedererkrankung selbst nach 8—10 Jahren. In der paranoiden Gruppe ist ihm anscheinend überhaupt keine so weitgehende Heilung vorgekommen.

Es ist demnach wohl gerechtfertigt, wenn wir zur Nachprüfung der oben gewonnenen Erkenntnisse, zur Zusammenstellung weiteren Zahlenmaterials, insbesondere über akute Fälle und zur Erforschung der entsprechenden Erkrankung des männlichen Geschlechtes dringend auffordern.

Wenn unsere Folgerungen sich bestätigen, so wäre es sodann Sache der Psychiater und Operateure, Hand in Hand vorzugehen, indem der erstere eine frühzeitige und sichere Diagnose zu stellen hätte und der zweite die heilende Operation folgen ließe.

Die Schwierigkeit wird vermutlich zunächst in der frühen Diagnostizierung liegen, indem ein Eingreifen nach vollendeter Verblödung zwecklos wäre, und sodann in der Begründung der ersten (Versuchs-)Operationen gegenüber dem Publikum, das bei langsam verlaufenden Krankheitsprozessen ein geduldiges, im vorliegenden Falle jedoch höchst verderbliches Abwarten dem „grausamen" Messer immer noch gerne vorzieht.

Aber warum sollte wenigstens das bei einer Affektion wie Perityphlitis längst im Gebrauch befindliche Verfahren: möglichst frühzeitig einzugreifen, um Neuerkrankungen zu vermeiden, nicht auch bei der so oft in einzelnen Schüben und Remissionen verlaufenden Demenz am Platze sein! —

Die schwerstwiegende Folge wäre die sich unvermeidlich ergebende Sterilität. Aber hier müßte die gesunde Überlegung statthaben, daß die geistige Gesundheit des Individuums höher anzuschlagen ist als seine Fruchtbarkeit. —

Für die Überlassung des entsprechenden Krankenmaterials unserer Anstalt bin ich meinem Chef Herrn Direktor Dr. *Dabelstein* zu großem Danke verpflichtet.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

81. Sitzung vom 23. April 1903.

Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein leitet zu seinem Vortrag „Ein interessanter Entmündigungsfall" (in der 78. und 79. Sitzung) die Diskussion ein.

Aus dem Vortrag selbst sei folgendes hervorgehoben: Es handelt sich um einen hohen Beamten, 60jährig, verheiratet, kinderlos. Angehörige zum Teil geisteskrank und nervös. Ausgezeichneter Schüler und später stets als hochbefähigt erkannt. Rasche Karriere. Trat auch einmal als Parlamentskandidat auf.

Herr N. soll schon zur Zeit seiner Heirat (vor etwa 25 Jahren) hypochondrische Ideen gehabt haben. Vor etwa 19 Jahren ca. ein Jahr wegen Anfalls schwerer Hypochondrie in psychiatrischer Klinik, nach Genesung wieder im Beruf tätig. Vor etwa zehn Jahren wieder in jener Klinik: diesesmal zunächst abermals hypochondrische Gedanken: doch auch Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, welch' letztere allerdings anfangs mehr vereinzelt auftraten; hochgradige Hyperästhesie, große Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch. Später häuften sich die Gefühls- und Gehörstäuschungen und beherrschten in Verbindung mit Gemeingefühlsstörungen das ganze Empfinden und Denken des Herrn N. bis zum halluzinatorischen Stupor. Selbstmordversuche. Allmählich wurden die Wahnideen mystisch-religiös: er wähnte direkt mit Gott zu verkehren und Wundererscheinungen zu sehen. Er wollte von der evangelisch-lutherischen zur griechisch-katholischen Kirche übertreten. Nach kurzem Aufenthalt in anderer vor ca. neun Jahren Überführung in dritte psychiatrische Anstalt. Dort erhält Herr N. bald auf Grund ärztlichen Gutachtens einen Vormund und wird pensioniert. Vor etwa drei Jahren Einleitung des Entmündigungsverfahrens, in dem sich namentlich nachstehendes ergab.

In der dritten Anstalt änderte sich in dem Krankheitsbilde zunächst nichts Wesentliches. Anfangs ganz unzugänglich, dies offenbar durch innere

Digitized by Google

Unbehagen bedingt, fortgesetzte Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Er wollte „Gottesfrieden" haben und verweigerte Nahrung, die ihm nur mit Mühe verabreicht wurde. Stuhlzurückhaltung. Klagte über „Strahlenverlust", was damals noch unverständlich war. Dann wurde er gesprächiger und zugänglicher. Halluzinationen traten aber mehr hervor. Er fühlte sich durch ihm bekannte Personen beeinträchtigt. Seine Erregung steigerte sich allmählich. Namentlich lautes und anhaltendes Lachen, gewissermaßen anfallsweise bei Tag und Nacht. Er trommelte auf dem Klavier. Er hatte die Wahnidee, alles um ihn sei Schein, die Welt zerstört, sein Körper verändert. Die Vögel hört er im Gespräch mit sich, die Winde reden. Nachts immer ruheloser. In seinem Wesen macht sich ein Dualismus geltend: Einesteils: seine Reaktion gegen die Halluzinationen immer geräuschvoller und intensiver. Die Sonne schreit er unter Grimassen und vielfach denselben Schimpfreden an, bezeichnet sich als Ormuzd. Ruft: „Kleiner . . ." (es folgt der Name seines früheren Arztes in der Klinik). Brüllt nachts in störender Weise zum Fenster hinaus. Andererseits: gegen seine Umgebung viel höflicher und zugänglicher; erwähnt von den ihn heimsuchenden Belästigungen nichts und vermag sich eine Weile wohl zu beherrschen; treibt auch Lektüre, Schach- und Klavierspiel. Allerdings zeitweise nächtliche Isolierung erforderlich. — Später wieder reichliche Nahrungsaufnahme. Eine mächtige Wahnidee beginnt, die sich weiter entwickelt: Herr N. wird häufig in seiner Stube entblößt betroffen und glaubt, daß er sich zum Weibe umwandle. Trotzdem mit seiner Gattin und seinen Angehörigen recht korrekter Briefwechsel unter gewisser Krankheitseinsicht. Auch vielseitigere und anhaltendere geistige Beschäftigung ungeachtet halluzinatorischer Störungen. Später keine Isolierungsnotwendigkeit mehr. Schließlich kristallisiert sich aus dem bisherigen halluzinatorischen Wahnsinn das paranoische Krankheitsbild heraus. Vor ca. drei Jahren weder verwirrt, noch psychisch gehemmt, noch in seiner Intelligenz merklich beeinträchtigt; bei alledem von krankhaft bedingten Vorstellungen erfüllt, die sich zu einem vollständigen System geschlossen haben und einer Korrektur durch objektive Beurteilung nicht zugänglich erscheinen. Das Wahnhafte des Herrn N. gipfelte vor ca. drei Jahren darin, daß er durch unmittelbare göttliche Eingebungen berufen sei, die Welt zu erlösen; seine Nerven seien geeignet, Gott anzuziehen. Das Wesentlichste bei seiner erlösenden Mission sei seine Verwandlung zum Weibe; diese aber wolle er nicht etwa, sondern es handle sich um ein in der Weltordnung begründetes Muß; ohne diese Verwandlung könne er die ganze übrige Menschheit nicht erlösen. Er sei der merkwürdigste Mensch, der je gelebt habe: ihm seien die größten Zerstörungen an den Organen seines Körpers zuteil geworden (eine Zeitlang sei er fast ohne Lunge, Därme und Blase gewesen, den Kehlkopf habe er zum Teil mit verschluckt); göttliche Wunder („Strahlen") hätten das Zerstörte aber stets wieder hergestellt. Jene bedrohlichen Erscheinungen seien gewichen dem Genusse seiner Entwicklung zum Weibe, die jahrzehnte-, ja jahrhundertelang währen könne. Aber massenhafte

Digitized by

weibliche Nerven seien bereits in ihm. Er bildet sich ein, sein Geschlechtsteil sei dem eines Weibes ähnlich. Erst nachdem aus ihm neue Menschen durch unmittelbare Befruchtung Gottes hervorgegangen seien, könne er eines natürlichen Todes sterben. — Herrn N.s Wahnideen sind mit bemerkenswerter Schärfe entwickelt und motiviert. Sein Gesicht hat er sich übrigens glatt rasiert; er hat Freude an weiblichen Toilettengegenständen und an Selbstbetrachtungen im Spiegel. Halluzinatorische Vorgänge waren vor ca. drei Jahren unverändert; er blieb damals auch gezwungen, Brüllaute auszustoßen, wünschte aber — im Gegensatz zu kurz vorher — die Aufhebung seiner Vormundschaft und eine freiere Bewegungsmöglichkeit. Diese Wünsche veranlaßten ihn, seine krankhaften Ideen nach außen einigermaßen zu unterdrücken. Ein damaliges psychiatrisches Gutachten sagt, Herr N. sei durch psychische Störung stark behindert, alle Vorgänge objektiv und unverfälscht aufzufassen und seine Entschließungen in freier Willensbestimmung zu treffen. Ergebnis seiner damaligen gerichtlichen Vernehmung und Inhalt einer etwa gleichzeitigen Eingabe an das Vormundschaftsgericht beweisen, daß er in schriftlichen Äußerungen klarer als in mündlichen war. Angehöriger des Herrn N. erklärte damals, als Gerichtszeuge befragt, bei den letzten Besuchen desselben in geistiger und gemütlicher Beziehung an ihm guten Fortschritt wahrgenommen zu haben; namentlich habe er in letzter Zeit ganz besonderes Interesse für seine privaten Sachen, seine Familie und auch allgemeine Verhältnisse gezeigt; N. habe eine schwierige Verlagsangelegenheit, ein Werk seines Vaters betreffend, in klarster Weise erledigt. Bei der Frage, ob Herr N. völlig imstande sein werde, seine Angelegenheiten selbständig zu erledigen, erklärte Zeuge, Vorbehalt machen zu müssen; denn auch anläßlich seines letzten Besuches bei N. sei dieser offenbar durch seine Vorstellungen beeinflußt gewesen; ob N. etwa einmal zwangsmäßig handeln müsse, habe er, Zeuge, ärztlicher Beurteilung zu überlassen.

Es erfolgt hierauf gerichtlicher Entmündigungsbeschluß gemäß § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für das Deutsche Reich und § 645ff. der Reichszivilprozeßordnung, weil Herr N. geisteskrank und außerstande sei, seine Angelegenheiten zu besorgen. Seine Wahnideen und Sinnestäuschungen machen ihn nach Ansicht des Gerichts außerstande, Herr seines Willens zu sein, die Vorgänge des Lebens objektiv aufzufassen und zu beurteilen und seine Entschließungen nach unbeeinflußter, vernünftiger Überlegung zu fassen.

Die Anfechtungsklage des Herrn N. gegen den Entmündigungsbeschluß wurde vor zwei Jahren abgewiesen, nachdem das Prozeßgericht ein weiteres psychiatrisches Gutachten herbeigezogen hatte, das den von Herrn N. verfaßten und für seinen Zustand charakteristischen Erinnerungen aus seinem Leben zeitlich folgt und diese Arbeit mit verwendet. Das wichtigste Moment bei der Beurteilung der Handlungsfähigkeit des Herrn N. bleibt nach diesem Gutachten, daß ihm die Einsicht in die krankhafte Natur der ihn bewegenden Eingebungen und Vorstellungen abgeht, alles das, was der objektiven Beob-

Digitized by Google

achtung als Sinnestäuschungen und Wahnideen sich darstellt, für ihn unumstößliche Wahrheit und vollberechtigtes Motiv zum Handeln ist.

Die wider dieses abweisende Urteil von Herrn N. eingelegte Berufung wurde vor ca. neun Monaten für begründet erachtet und der Entmündigungsbeschluß aufgehoben.

Herr Dr. *Weber*: Über das jetzige Befinden des Herrn N., der die dritte psychiatrische Anstalt inzwischen verlassen habe, besitze er keine nähere Kenntnis: es verlaute, es hätten sich in seinen Verhältnissen erhebliche Störungen geltend gemacht. Nach Ansicht des Herrn *Weber* handelt es sich um einen Mann, der an Paranoia leidet, die sich nicht in gewöhnlicher Weise entwickelt hat, nicht aus einer hereditären Anlage, wenngleich hereditäre Belastung auch vorliegt, sondern aus einem akuten Zustand. Aus diesem habe sich ein ruhiger, chronischer Zustand herausgebildet, der einerseits ein ausgebildetes Wahnsystem, andererseits ein besonnenes, mit Ausnahmen ruhiges Wesen zeigte. Diese Sachlage genügte dem Berufungsgericht nicht zur Entmündigung. Nach dem Berufungsurteil ist die positive Feststellung erforderlich, daß der Betreffende tatsächlich durch die geistige Erkrankung nach Art eines Kindes an der Besorgung aller seiner Angelegenheiten behindert sei, ein bloßer Verdacht reiche nicht aus. Herr *Weber* hält jene Feststellung für sehr schwer und das Verlangen, daß der Betreffende alle seine Angelegenheiten nicht besorgen könne, für sehr bedenklich. Auch der Vergleich mit dem Kinde sei nach seiner Ansicht unzutreffend, denn es handle sich dabei um zwei ganz heterogene Zustände. Wenn das Berufungsgericht sage, nach Befinden sei im vorliegenden Falle eine Pflegschaft einzuleiten, so komme hier in Betracht, daß eine solche doch nur bei Einverständnis des Betreffenden angängig sei. Entgegenzutreten sei auch den Sätzen des Berufungsurteils, daß die Natur der Geisteskrankheit dem Sachverständigen keinen Anhalt zur Beurteilung der Geschäftsfähigkeit des Exploranden biete, und daß die Rücksicht auf das Wohlbehagen dritter Personen, und wären es selbst die nächsten Familienangehörigen, bei der Entscheidung über die Frage der Entmündigung nicht in Anschlag kommen dürfe, die Anordnung der letzteren lediglich im Interesse anderer unstatthaft sei. Mit Recht habe das Berufungsgericht entschieden, daß es an sich nicht zur Zuständigkeit des ärztlichen Gutachters gehöre, über die praktisch-juristische Seite der von ihm an einer Person festgestellten geistigen Erkrankung, ihren Einfluß auf die Gestaltung der Geschäftsfähigkeit mit zu entscheiden. Herr Ref. bezweifelt aber, ob andere Sachverständige diese Auffassung teilen. Paranoiker würden zwar oft ihre Angelegenheiten besorgen können; es komme aber in der Regel ein Tag, wo sie mit dem Außenleben in Konflikt kommen. Es könne auch durchaus nicht ausgeschlossen werden, daß die Sinnestäuschungen eines derartigen Kranken eines Tages einen unheilvollen Einfluß ausüben. Dies sei auch im vorliegenden Falle seines Erachtens nicht ausgeschlossen; es könne jedoch ein solcher Tag auch nicht kommen.

Digitized by Google

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Es ist Sache des Richters, festzustellen, ob vom rechtlichen Standpunkte eine Krankheit vorliegt, welche die Unfähigkeit der betreffenden Person zur Besorgung ihrer Angelegenheiten zur Folge hat. Aber es erscheint oft zweckmäßig, wenn der psychiatrische Sachverständige in der Praxis veranlaßt wird, die Frage auch von seinem Standpunkte zu beantworten. Die theoretische Auffassung des Berufungsurteils kann diese Frage für die Praxis nicht hindern. Seines Erachtens geht das Urteil namentlich insofern fehl, als es die Unfähigkeit zur Besorgung aller Angelegenheiten verlangte, den Vergleich mit dem Kinde ziehe und das Schutzbedürfnis des Kranken verkenne (denn auch die Interessen seien zu schützen, welche den Kranken rückwirkend treffen).

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden meint, das Berufungsurteil könne verwirrenden Einfluß ausüben. Nach dem Urteil sei es beinahe nicht mehr möglich, einen Menschen zu entmündigen, wenn er nicht völlig blödsinnig sei. Nicht jeder, der verrückt sei, müsse entmündigt werden. Es gebe eine große Anzahl Verrückter, die über sich große Gewalt hätten. Dies sei aber hier nicht der Fall; denn Herr N. sei gezwungen, Handlungen zu begehen, die ihn als Geisteskranken stigmatisieren würden. Schon deshalb hätte er nicht in die Position des Mündigen wieder eingesetzt werden dürfen. Die Beantwortung der oben angeführten Frage an den Psychiater gehöre seines Erachtens nach der jetzigen Gesetzgebung nicht zu dessen Zuständigkeit.

Herr Oberamtsrichter Dr. *Weltz*-Dresden: Die Befürchtung, daß das Berufungsurteil für die juristische Praxis epochemachend sein werde, teile er nicht: es sei aus einem ganz ausnahmsweisen Fall hervorgegangen. Herr Dr. *Weltz* hält das Urteil im ganzen nicht für überzeugend. Die Frage nach der Fähigkeit einer Person zur Besorgung ihrer Angelegenheiten habe zwar der Richter zu beantworten; er bedürfe aber dabei des Gutachtens des Sachverständigen, der zur Beantwortung der diesbezüglichen Fragen gehalten sei. — Die Frage der Testierfähigkeit eines solchen Kranken sei sehr schwer: es werde nötig sein festzustellen, ob der Kranke wisse, was und wie er testiere.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Feurich*-Dresden: Zu unterscheiden seien bekanntlich die Anfechtungsklage gegen den Entmündigungsbeschluß und die Wiederaufhebung der Entmündigung. Herr N. hätte vielleicht auf den Weg der Wiederaufhebung verwiesen werden sollen. Auch Herr *Feurich* hält die Auffassung des Berufungsgerichts über den Begriff: „Fähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten" für zu weit gehend und für wünschenswert, wenn das Reichsgericht sich darüber einmal ausspräche; es könne sonst eine üble Lage entstehen, z. B. bei Querulanten.

82. Sitzung vom 30. Mai 1903.

1. Beschlußfassung über die Stellungnahme der Vereinigung zu den im nächsten Monat hier stattfindenden Beratungen der 9. Landesversammlung der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung (Landesgruppe

Digitized by Google

Deutsches Reich) betreffs der verminderten Zurechnungsfähigen. (Vgl. die diesem Bericht angefügte Anlage A.)

II. Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung.

40jähriger Mann. Eltern früh gestorben. Deshalb in Pfleganstalt und Waisenhaus erzogen. In der Lehre (Droguengeschäft) Unterschlagung, um Geld zur Auswanderung nach Amerika zu erlangen. Vorher hatte er Abenteuergeschichten gelesen. Auf der Flucht ging ihm das Geld aus; in Hamburg festgenommen und nach Dresden zurückgebracht. Verurteilung und Strafverbüßung. Sodann in neuer Stellung (Maschinenstrickerei) wieder Unterschlagung, obwohl nicht bedürftig. Das wenigste Geld behielt er selbst, das meiste gab er Genossen, die seinen verbrecherischen Ehrgeiz geweckt hatten. Hierauf verliebte er sich in anderer Stellung; man lachte ihn aber deshalb nur aus. Hierauf verschiedene unwahre Selbstanzeigen wegen Diebstahls und neue Verurteilungen. Nach Entlassung aus der Strafanstalt in Strumpfwarengeschäft tätig. Dort stahl er auf Anstiftung mit dem Anstifter mittels Einbruchs Kiste mit Waren. Er zeigte die Tat an, weil ihm die Art, wie der Teilnehmer „mit seinen Pfoten in der Kiste herumfuhr", zuwider war und ihn die Tat gegenüber seinem Prinzipal, der sein Wohltäter war, gereute. Verhaftung mit dem anderen und Zuchthausstrafe. Im Zuchthaus nicht bestraft. Nach einiger Zeit dort großes Bangigkeitsgefühl; zu seiner Erleichterung brachte er sich Schnitte bei. Nach Heilung arbeitete er wieder. Dann wurde er grillig und warf einmal, als er geweckt wurde, mit Zinnschüssel. Seitdem teilweise auf Krankenstation und oft in dem ihn ängstigenden Glauben, schwarzer Kanarienvogel fliege vor ihm; auch wollte er schwarze Männer sehen. Seitdem größere Anzahl von Jahren mit Unterbrechungen in Irrenanstalten. Längere Zeit genoß er dort viel Freiheit, die er nicht mißbrauchte. Er erstattete auch noch zehn bis zwölf unwahre Selbstanzeigen unter falschem Namen, angeblich aus Not, wenn er keine Arbeit bekam. Als er in einer Anstalt wegen sexueller Ausschreitung freiheitlich beschränkt wurde, Erhängungsversuch. Zu verschiedenen Zeiten fiel er um. Auch Sinnestäuschungen (Gemisch von Wahrheit und phantasievollen Erfindungen). Einmal übertrieb er zur Erreichung eines bestimmten Zweckes.

Nach Herrn *Ganser* ist derartige kriminalistische Entwicklung bis zur Verurteilung zu Zuchthaus nichts Seltenes; sie wird hier hervorgerufen durch Verkehr und körperliche Konstitution. Von Interesse ist weiter auch die Neigung zur Selbstbezichtigung von Jugend an. Seiner Angabe nach stets lebhafte Phantasie. Es liegt gutgeschriebener Selbstaufsatz vor. In der Jugend Albdrücken; Angstgefühle sind ihm geblieben, unter denen er noch jetzt handelt. Infolge seiner großen Suggestibilität geeignetes Werkzeug für Dritte. Deshalb allein hält Herr *Ganser* den Mann noch nicht für unzurechnungsfähig, wenn auch schon bei dem Einbruchsdiebstahl verminderte Zurechnungsfähigkeit hätte angenommen werden müssen. Die Geisteskrankheit brach aus im Zuchthaus. Es handelt sich um hysterische Konstitution; diese erschöpft aber nicht den ganzen Zustand, sondern ist nur Ausfluß von

Digitized by Google

Degeneration. Nicht Paranoia. Praktisch muß mit dem Manne laviert werden. Aufenthalt in Familie ließe sich versuchen. Das Richtige dürfte Gewährung gewisser Freiheit bei mäßigem Arbeitspensum sein. Bösartig und Trinker ist er nicht. Risiko ist Freiheitsgewährung bei ihm allerdings stets.

Anlage A.

Das letzte Verhandlungsthema bei der vom 5. bis zum 7. Juni 1903 im Dresdener Ausstellungspalaste tagenden 9. Landesversammlung der Internationalen kriminalistischen Vereinigung (Landesgruppe Deutsches Reich) betraf die vermindert Zurechnungsfähigen. Dieses war bereits Gegenstand der Beratungen der vorjährigen Versammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung in Bremen, wo Herr Dr. *Delbrück*, der Direktor der dortigen Irrenanstalt, über die vermindert Zurechnungsfähigen und deren Verpflegung in besonderen Anstalten sprach. Auch diesmal war er Referent in der Frage. Er beansprucht zunächst eine Abänderung des § 51 des Strafgesetzbuches in dem Sinne, daß neben der völligen Unzurechnungsfähigkeit auch eine verminderte Zurechnungsfähigkeit im Gesetze Berücksichtigung finde für alle diejenigen Individuen, die auf der Grenze zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit stehen. Herr *Delbrück* verlangt ferner Bestimmungen im Gesetze darüber, was mit den vermindert Zurechnungsfähigen zu geschehen habe. Sie sollten durchaus nicht alle einfach milder, überhaupt nicht quantitativ anders bestraft, sondern vielfach qualitativ anders behandelt werden. Deshalb solle die Möglichkeit einer Umwandlung der Strafe in andere Maßnahmen gegeben werden, in ähnlicher Weise, wie schon jetzt das Gesetz bei den Jugendlichen, einem Spezialfall verminderter Zurechnungsfähigkeit, eine Umwandlung der Gefängnisstrafe in Zwangserziehung oder ähnliche Maßnahmen vorsieht. So würde z. B. einem Alkoholiker der Aufenthalt in einem Trinkerasyl auf die ihm zuerkannte Gefängnisstrafe in Anrechnung zu bringen sein. Deshalb soll das Gericht die Einweisung des vermindert Zurechnungsfähigen in die passende Anstalt, sowie seine Entlassung aus derselben verfügen. Referent will sogar dem Gerichte die Befugnis einräumen, Gemeingefährliche über die ihnen zuerkannte Freiheitsstrafe hinaus in den betreffenden Anstalten zurückzuhalten, falls ärztliches Gutachten und Verwaltungsbehörde es empfehlen. Weiter fordert Referent, daß die Bestimmungen über die vermindert Zurechnungsfähigen möglichst allgemein gehalten werden, und betont deren große Verschiedenartigkeit, in der er recht eigentlich das Wesen der verminderten Zurechnungsfähigkeit erkennt. Viele sind — der bisherigen Auffassung entsprechend — milder zu bestrafen, andere in Trinkerheilanstalten zu kurieren, wieder andere in Anstalten für Epileptische oder in Irrenanstalten zu versorgen. Für einen großen, kriminell wichtigen Rest aber, die moralisch Defekten, fordert *Delbrück* dauernde Unterbringung in besonderen Verwahrungsanstalten. Die fraglichen Individuen haben spezifisch verbrecherische Neigungen und spezifisch pathologische Eigenschaften. Wegen der letzteren passen sie nicht in die Zucht-

Digitized by Google

er und Gefängnisse, wegen der ersteren nicht in die gewöhnlichen Irrenalten. Herr *Delbrück* betont, daß hier die Ansichten gar nicht so weit inandergingen, als es den Anschein habe. Referent verspricht sich in er Hinsicht viel von der Anerkennung einer verminderten Zurechnungsgkeit im Gesetz. Gegen die in Preußen neuerdings errichteten Irrenilungen in Gefängnissen hat der Referent das einzuwenden, daß sie nur achtungsstationen zur Stellung von Diagnosen sind, die in Irrenanstalten sogut gestellt werden könnten. Herr Dr. *Delbrück* faßt seine Gedanken lgende Thesen zusammen:

I. Allein im Interesse der Begutachtung zweifelhafter Geisteszustände Gericht ist eine Änderung des § 51 des St.-G.-B. notwendig, in dem e, daß außer der völligen Unzurechnungsfähigkeit auch eine verminderte chnungsfähigkeit im Gesetz Berücksichtigung findet.

II. Gleichzeitig sind dann aber die bezüglich der Unzurechnungsfähigen vermindert Zurechnungsfähigen nach Erledigung des Prozesses zur erung der Gesellschaft vorzunehmenden Maßnahmen zu berücksichtigen entsprechende Bestimmungen in das Gesetz aufzunehmen. Unzurechnungsge und vermindert Zurechnungsfähige sind auch in dieser Beziehung chieden zu behandeln.

a) Erscheint ein Unzurechnungsfähiger, der freigesprochen oder gegen das Vorverfahren eingestellt wird, gemeingefährlich, so überweist ihn Gericht der Verwaltungsbehörde zur zweckentsprechenden Versorgung.

b) Erscheint ein vermindert Zurechnungsfähiger gemeingefährlich, so et das Gericht auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die nötigen Maßnen an, insbesondere den Ort und die vorläufige Dauer seiner eventuellen nierung. Das Gericht verfügt in gleicher Weise nach Anhörung eines lichen Gutachtens und der Verwaltungsbehörde die Entlassung aus der äglichen Anstalt oder die Fortdauer der Internierung oder die Versetzung eine andere Anstalt. Der Aufenthalt in einer Anstalt, deren Insassen r oder weniger gegen ihren Willen darin zurückgehalten werden, ist ei für die eventuell erkannte Freiheitsstrafe in Anrechnung zu bringen.

III. Als Anstalten, wie sie unter IIb ganz allgemein charakterisiert l kommen neben Irrenanstalten Anstalten für Epileptische und Trinkeranstalten, vor allem Verwahranstalten für unheilbare Alkoholiker und ere geistig Minderwertige in Betracht. Die Errichtung solcher Anstalten l der Ausbau derartiger im Keim vorhandenen Institute entspricht einem agenden Bedürfnis.

Herr Geh. Justizrat Professor Dr. *von Liszt*-Charlottenburg erklärt sich diesen Thesen in der Hauptsache einverstanden und weist auf die Reution hin, welche die aus Gerichtsärzten, insbesondere Psychiatern, und isten bestehende forensisch-psychiatrische Vereinigung zu esden am 30. Juni 1898 gefaßt hat und die wie folgt lautet:

Es ist zu empfehlen, zwischen § 51 und § 52 des Strafgesetzbuchs nzuschalten als

Digitized by Google

§ 51a: „Hat sich der Täter zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustande befunden, in dem seine Willensbestimmung zwar nicht ausgeschlossen aber erheblich beschränkt war, so sind gegen ihn die Strafvorschriften in § 57 Absatz 1, Ziffer 1 bis 4 anzuwenden.

Besteht dieser Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit zur Zeit des Beginns der Strafvollstreckung noch fort, so ist, wenn nicht alsbald eine Änderung des Zustandes in Aussicht steht, eine erkannte Freiheitsstrafe in besonderen, zur Vollstreckung von Strafen an Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalten oder Räumen zu vollziehen.

Dieselben Vorschriften sind anzuwenden, wenn nach Begehung der Tat ein zur Zeit des Beginns der Strafvollstreckung noch vorhandener Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit eingetreten ist.

Der Strafvollzug an Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit hat nach besonderen, dem Zustande entsprechenden, insbesondere auf Besserung des Zustandes berechneten Vorschriften zu erfolgen.

Ist der Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit ein andauernder oder seiner Natur nach wiederkehrender und hat der Täter durch wiederholte Bestrafungen Anlaß zu der Befürchtung gegeben, daß er nach Verbüßung der erkannten Strafe weitere Straftaten begehen werde, so kann neben einer Freiheitsstrafe zugleich erkannt werden, daß der Verurteilte nach Verbüßung der erkannten Strafe dem Vormundschaftsgerichte zu überweisen sei. Durch die Überweisung erhält das Vormundschaftsgericht die Befugnis, ihn so lange in einer besonderen, zur Aufnahme von Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalt unterzubringen, als die Befürchtung, daß er wieder Straftaten begehen werde, fortbesteht. Gegen Ausländer kann statt der Überweisung an das Vormundschaftsgericht auf Überweisung an die Landespolizeibehörde erkannt werden. Diese erhält dadurch die Befugnis, die Verweisung aus dem Bundesgebiete zu verfügen."

Herr Professor *v. Liszt* stellt seinerseits folgende Leitsätze mit den Bemerken auf, daß sie sich an jene Resolution anschließen. Die Leitsätze lauten:

1. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen die Verantwortlichkeit für begangene strafbare Handlungen zwar nicht ausgeschlossen, aber doch wesentlich vermindert ist. Es ist wünschenswert, daß diese Fälle, sowie die in diesem Zustand am häufigsten begangenen Verbrechen möglichst vollständig gesammelt und systematisch dargestellt werden. Die Erfüllung dieser Aufgabe muß der Jurist dem Mediziner überlassen.

2. Der vermindert Zurechnungsfähige ist mit einer milderen Strafe zu belegen; die Vollstreckung der Freiheitsstrafe erfolgt in besonderen Anstalten oder Räumen und unter Berücksichtigung der medizinischen Grundsätze.

3. Erscheint der vermindert Zurechnungsfähige nach dem Gutachten der Sachverständigen als gemeingefährlich, so hat der Strafrichter auf Verwahrung des Verurteilten in einer Heil- oder Pflegeanstalt zu erkennen. Die Durchführung dieser Anordnung ist Aufgabe der zuständigen Verwaltungsbehörde.

Digitized by Google

4. Ist der Verurteilte straffähig, so tritt die Verwahrung nach Verbüßung r Strafe ein. Andernfalls gilt der Aufenthalt in der Verwahrungsanstalt i Strafverbüßung.

5. Die Verwahrung hat so lange zu dauern, als der Zustand der meingefährlichkeit es erfordert. Die Entlassung aus der Verwahrung wird f Grund des Gutachtens der Sachverständigen von dem Strafrichter aus-sprochen.

In der sich anschließenden Debatte weist Herr Landgerichtsdirektor . *Becker*-Dresden, der derzeitige Vorsitzende der forensisch-psychiatrischen reinigung zu Dresden, darauf hin, daß die letztere geglaubt habe, es sei ch besonders notwendig, einen zahlenmäßigen Umfang der verminderten rechnungsfähigkeit in der prinzipiellen Spruchpraxis zu gewinnen. Das gebnis dahingehender fortgesetzter Beobachtung bei einer der fünf er-nenden Strafkammern des Königl. Landgerichts Dresden sei für einen itraum von 3 Jahren (1900 bis 1902) folgendes: In der 6. Strafkammer ist i 1616 abgeurteilten Sachen und 2004 Personen die verminderte Zurechnungs-igkeit in 46 Fällen, also bei 2,84 % der Sachen und 2,29 % der Personen Betracht gekommen. Gleiche Beobachtungen in 5 Schwurgerichtsperioden r Jahre 1899 bis 1903 (deren 1899 und 1900 je 4, 1901 und folgende je beim Königlichen Landgericht Dresden gegeben waren) haben ergeben, ß die verminderte Zurechnungsfähigkeit hier bei 110 abgeurteilten Sachen d 163 Personen in zehn Fällen in Frage zu ziehen gewesen ist, also bei 9 Proz. der Sachen und 6,13 Proz. der Personen. Jedenfalls dürfte sich r Vorschlag empfehlen, daß die Justizverwaltungen, ähnlich wie bei den llen bedingten Strafaufschubs für Minderjährige, die erkennenden Gerichte wiesen, bei zutage getretener verminderter Zurechnungsfähigkeit verurteilter rsonen amtlich zu beurkunden, ob es sich hier um einen dauernnen oder r um einen vorübergehenden Zustand gehandelt hat, ev. ob eine Straf-nderung empfohlen werde. Neben der Möglichkeit entsprechender Berück-htigung beim Strafvollzug würde damit vor allem ein sicherer Anhalt für Notwendigkeit und Wirksamkeit der Einführung des Begriffs der vermindert-Zurechnungsfähigkeit in das Strafrechtssystem gewonnen werden, woran zurzeit eigentlich vollkommen fehlt. Der Vorschlag fand die allgemeine fällige Zustimmung des Kongresses. Hierauf sprachen sich noch zwei andere glieder der genannten psychiatrisch-forensischen Vereinigung, nämlich der rektor der Königl. Landesanstalt Sonnenstein, Herr Geheimer Medizinalrat . *Weber* vom psychiatrischen und Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Weingart*-utzen vom juristischen Standpunkte des näheren im Interesse der vermindert rechnungsfähigen aus. Nach weiterer Debatte, an der noch die Herren h. Medizinalrat Dr. *Leppmann*-Berlin, Professor Dr. *Aschaffenburg*-Halle und chtsanwalt *Preuss*-Berlin teilnahmen, wurden die *Delbrück*schen und *v. Liszt*-nen Thesen angenommen. (Abdruck aus Nr. 129 des „Dresdner Journals" m 8. Juni 1903.)

Digitized by Google

83. Sitzung vom 4. Juli 1903.

Besichtigung der Städtischen Arbeitsanstalt zu Dresden.

84. Sitzung vom 15. Oktober 1903.

Herr Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden: Über Alkoholismus u Delikte wider die Sittlichkeit.

Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich beschäftigt sich mit Verbrechen und Vergehen wider die Sittlichkeit in seinem 13., die §§ bis 184b umfassenden Abschnitt, und zwar werden hierbei einerseits stimmte Äußerungen des normalen Geschlechtstriebs mit Strafe bedr andererseits aber auch gewisse abnorme Betätigungen desselben. Die fahrung, von der ja auch der Gesetzgeber ausgegangen ist, lehrt, daß n beiden Richtungen hin Straftaten begangen werden von Menschen, wel imstande sind, die Verantwortung für ihre Handlungsweise zu tragen.

Seit *Westphals* und *Krafft-Ebings* Arbeiten über die sogenannte k träre Sexualempfindung ist allerdings eine Bewegung entstanden, wel Straflosigkeit verlangt für die im § 175 bezeichneten Handlungen ohne Rü sicht auf den geistigen Zustand des Täters, und es kann nicht geleug werden, daß manche praktischen Gründe für diese Bestrebungen anzufüh sind. So lange indessen die jetzt bestehenden Gesetze Geltung haben, wi sich weder der Richter noch der ihn beratende Sachverständige von solch praktischen Erwägungen leiten lassen dürfen, es wird vielmehr auch h wie bei allen anderen Delikten zu prüfen sein, ob der Täter als zure nungsfähig anzusehen sei, oder ob ihm der Schutz des § 51 zugebil werden müsse, und diese Untersuchung kann immer nur dann mit Erf durchgeführt werden, wenn es gelingt, die Motive zu verstehen, aus welch die Strafhandlung entsprang. Deshalb wird die Handlung selbst, so a fallend sie auch in manchen Fällen erscheinen mag, nur insofern in Betra kommen, als sie etwa zu besonders gründlicher Erwägung der Frage n der Zurechnungsfähigkeit Anlaß gibt; entscheidend wird allein der Zusta des Täters zur Zeit des Deliktes sein. Noch heute sind unsere Kenntni vom Wesen des normalen und des irregeleiteten Geschlechtstriebes unv ständig, obgleich eine fast unübersehbare Fülle von theoretischen Erör rungen und kasuistischen Mitteilungen erschienen ist, seit die oben genann Autoren das Interesse der Gerichtsärzte auf die krankhaften Betätigung des Geschlechtslebens hingelenkt haben, und noch heute gehen die Meinung der Sachverständigen in der Beurteilung des einzelnen Falles nicht sel auseinander. Es wirken eben hier eine Menge von Faktoren zusamm deren Erkennung und richtige Bewertung oft große Schwierigkeiten mac Bereits im Jahre 1894 hat nun *Forel* darauf hingewiesen, daß für eine gr Zahl von Delikten wider die Sittlichkeit der Trunk ein wichtiges ätiologisch Moment abgibt, und in der Tat hat sich die Bedeutung der Alkoholwirk

Digitized by Google

ch auf diesem Gebiete immer sicherer erkennen lassen, je mehr man die scheinungen des Alkoholismus überhaupt würdigen gelernt hat.

Wir wissen heute, daß der Trunk im sozialen Leben eine bedeutende d in vielen Richtungen verhängnisvolle Rolle spielt, daß er vor allen ngen das Familienleben aufs schwerste schädigt und so die Quelle wird er Reihe von Verbrechen einerseits und einer Verschlechterung der Rasse dererseits.

Jedem, der die einschlägigen Verhältnisse kennt, wird es ohne weiteres r sein, daß in Trinkerfamilien der Boden ganz besonders günstig ist für Entwicklung der Prostitution und der mit ihr verknüpften Straftaten gen die §§ 180, 181 und 181 a, in welchen bekanntlich Kuppelei und Zutertum behandelt werden; auch die §§ 171 und 172, welche den Schutz Ehe bezwecken, werden unter solchen Verhältnissen ganz besonders oft wendung zu finden haben.

Aber nicht nur die Familie als Ganzes wird durch den Trunk geädigt; wir wissen, daß die Nachkommenschaft trunksüchtiger Eltern ganz mittelbar die Folgen der Alkoholwirkung erkennen läßt, sei es in der rm körperlicher Schwäche und Mißbildung, sei es als geistige Minderrtigkeit. Wie bedeutend diese Folgewirkungen sind, hat *Demme* in seinem eits 1883 erschienenen Bericht dargelegt, in dem er gegenüberstellte je n Trinkerfamilien und zehn andere, bei welchen Trunksucht der Eltern d Voreltern nicht bestand. Es zeigte sich, daß in den Trinkerfamilien n 57 Kindern nur 17,5% gesund und 82,5% siech waren, während von n 61 Kindern der Normalfamilien umgekehrt 81,9% gesund, also nur 1% krank waren. Ähnliche Erfahrungen wurden gewonnen aus Zuchtverhen an Tieren, die man mit Alkohol vergiftet hatte.

Wir sehen also, daß Trunksucht der Voreltern eine schwere, oft genug ifbar in die Erscheinung tretende Belastung der Nachkommen darstellt, d da wir wissen, daß erblich Belastete auf allen Gebieten des psychischen ens eine verminderte Widerstandsfähigkeit besitzen, so können wir von nherein vermuten, daß sie auch den Anreizen zu geschlechtlicher Betätig leichter nachgeben und so eher zur Begehung von Delikten auf diesen ieten kommen werden, als normal Veranlagte. In der Tat ist dies zu bechten und auch folgender Fall gehört hierher.

Der Vater und der Großvater des Kranken waren stark dem Trunk ern, von seinen Geschwistern starben drei an Kinderkrankheiten, eins ist ähmt. Patient selbst hat angeblich nicht regelmäßig getrunken, war telmäßig begabt, von stillem, verträglichem Charakter; er ergriff den kaufnnischen Beruf und hatte verschiedene Stellungen als Verkäufer inne. ner eigenen Angabe nach hat er seit dem 15. Lebensjahr onaniert, geentlich aber auch normalen Geschlechtsverkehr gehabt. In seinem Lebensjahr wurde er wegen unzüchtiger Handlungen an Kindern verurteilt. 3 sich aber nach Verbüßung dieser Strafe von neuem ähnliche Handlungen schulden kommen. Der mit der Untersuchung seines Geisteszustandes be-

Digitized by Google

auftragte Gerichtsarzt fand, daß Explorand an schweren Störungen im G des Zentralnervensystems litt, daß er die ihm zur Last gelegten Handlu in einem Zustand krankhafter Erregung ausgeführt habe, und daß er d für dieselben nicht verantwortlich gemacht werden könne. Der Kranke sodann, nachdem er freigesprochen worden war, in die Behandlung Stadt-Irren- und Siechenhauses zu Dresden, wo er etwa 1½ Jahre lang b Es stellte sich heraus, daß er an Hysterie litt, und daß bei ihm Vorstellun die auf sein eigenes Befinden sich bezogen, und wohl auch Organem dungen ungewöhnlich lebhafte Färbung erhielten, wie das so häufig Hysterie vorkommt. Es entwickelte sich z. B. während der Behandlung bei ihm eine schwere Gehstörung ohne jede organische Grundlage, e hervorgerufen durch den Gedanken, nicht gehen zu können. In ähnl Weise mögen bei ihm Vorstellungen und Anreize auf dem Gebiet des schlechtslebens wirken, und wir können seiner Aussage Glauben schen daß er zum ersten Delikt gekommen sei, nachdem ihm ein Bekannter züchtige Bilder gezeigt hatte, daß er aber später nicht die Kraft b weiteren Versuchungen zu widerstehen. Wir sehen in diesem Kranken Typus eines in der Anlage geschwächten Menschen: er unterlag dem A zu unsittlichen Handlungen aus Mangel an Widerstandskraft, und wir m annehmen, daß bei ihm diese Schwächung verursacht wurde durch Trunksucht der Voreltern. Freilich nicht in allen derartigen Fällen trifft zu, auch andere Ursachen als der Trunk können zu demselben Res führen, doch spielt sicher der Alkohol hierbei eine große Rolle.

In einer anderen Richtung noch begünstigt die Trunksucht der E das Vorkommen sexueller Delikte bei den Kindern, durch Wegfall nä der Hemmungen, welche eine sorgfältige Erziehung und die Pflege Schamgefühls zu schaffen vermag, und die gerade bei erblich Belasteter sonders notwendig sind, weil hier nicht selten besonders lebhafte Triebe kommen.

Ungleich wichtiger aber als alle diese mehr indirekten Folgen Trunks ist die Wirkung des Alkohols auf den Trinker selbst: unter se Einfluß treten nicht nur die schon geschilderten, auf erblicher Anlage ruhenden Abnormitäten stärker hervor, der Alkohol schafft vielmehr h auch bei normalen Individuen die Neigung zu Delikten wider die Sittlich Auch hier wieder ist besonders zu betonen, daß dabei der Alkohol allein wirksam zu sein braucht und daß andererseits durch ihn die K nalität auch auf den verschiedensten anderen Gebieten gesteigert wird vielen Sittlichkeitsdelikten ist seine Mitwirkung aber ganz charakteristis

Eine auffallend geringe Rolle spielt der Trunk bei denjenigen Del welche auf einer qualitativen Änderung des Geschlechtstriebes beruhen. also bei denen, gegen die sich der § 175 des Strafgesetzbuchs richtet. große Reihe solcher Fälle findet sich zusammengestellt und ausführlich schildert in *Molls* Untersuchungen über die Libido sexualis. Ref. ha Krankengeschichten, im ganzen 78 Fälle, daraufhin durchgesehen, ob

Digitized by Google

n Einfluß des Alkoholismus erkennen lassen, und fand nur ganz ver-
zelt Anhaltspunkte dafür; bei den meisten wird entweder ausdrücklich
sichert, daß Trunk nicht vorlag, oder es wird vom Alkoholverbrauch nichts
agt, woraus man bei der Gründlichkeit des Verf. wohl den Schluß ziehen
f. daß er keine Rolle spielte.

Während also für die auf Verkehrung des Geschlechtstriebes beruhenden
likte der Alkoholismus kaum mehr als eine Gelegenheitsursache bildet,
achsen auf seinem Boden mit Vorliebe solche Straftaten, welche mit
er Steigerung oder Herabsetzung der Geschlechtsfunktion erklärt werden
ssen. In erster Linie begünstigt er die gewaltsamen und betrügerischen
ndlungen, gegen welche sich die §§ 176—179 St.G.B. richten, ferner ge-
en hierher die als Incest und als Mißbrauch der Autorität charakteri-
rten Handlungen, von denen die §§ 173 und 174 handeln. Eine Herab-
zung sexueller Leistungsfähigkeit liegt hingegen einer großen Zahl der in
183 bedrohten Vergehen zugrunde.

Es ist nicht ohne weiteres klar, auf welchem Wege der leichte Alkohol-
sch eine Steigerung des Geschlechtstriebs hervorbringen kann, und
erlich tritt diese Wirkung nicht in allen Fällen ein, wenn sie auch häufig
ng beobachtet werden kann.

Da wir aus zahlreichen Gründen die Überzeugung gewinnen müssen,
ß Alkohol in jeder Form und Menge narkotisch wirkt, liegt es nahe, die
rchische Wirkung des Rausches so zu deuten, daß er Hemmungen zum
gfall bringt und so zu Handlungen führt, die im normalen Zustand unter-
eben wären. Es kann aber doch auch die Vermutung nicht von der Hand
wiesen werden, daß die niederen Nervenzentren vom Alkohol in eigen-
nlicher Weise gereizt werden, und wir haben dabei an ähnliche Vorgänge
denken, wie sie die unter seiner Einwirkung entstehenden Entzündungs-
zesse der peripherischen Nerven darstellen. Der Gedanke an einen
chen Zusammenhang wird besonders nahegelegt, wenn man sieht, mit
lch elementarer Gewalt bei manchen Trinkern die sexuelle Gier zutage
t. In der Literatur sind manche Beispiele hierfür bekannt, und auch
ige hiesige Fälle sind in dieser Richtung bemerkenswert. Ein 25 Jahre
er Trinker z. B., der übrigens in mäßigem Grade geistesschwach ist, und
schon wiederholt polizeilich bestraft worden war, überfiel eines Tages un-
telbar hintereinander zwei ihm begegnende Frauen, um sie zu vergewaltigen.
l vergriff sich, als ihm dies nicht gelang, an einem zehnjährigen Mädchen.

In einem anderen Fall berichtete die Frau eines wegen Delirium
mens eingelieferten Mannes, daß derselbe, nachdem er lange Zeit außer-
lentlich lebhafte Ansprüche an sie gestellt und auch noch mit anderen
auen verkehrt habe, allmählich dazu übergegangen sei, in Gegenwart
iner Kinder Onanie zu treiben. Er wurde, nachdem er wiederholt deshalb
straft worden war, später wieder in die Anstalt gebracht, um hier für
ngere Zeit vom Trunk und von der Gelegenheit zu ähnlichen Exzessen
ngehalten zu werden.

Digitized by Google

Dieser anfänglichen Steigerung des Geschlechtstriebs folgt allerdin beim Trinker früher oder später eine Herabsetzung der geschlechtlich Kraft, und hierdurch wird dann die Neigung zu Delikten gegen Minderjähri und ferner zu den verschiedenen Formen des Exhibitionismus begünsti Der ersterwähnte Fall zeigt uns auch diese Erscheinung; fünf Jahre na dem erwähnten mit vierjähriger Zuchthausstrafe gesühnten Notzuchtsve brechen wurde derselbe Mann dabei betroffen, wie er einem Schulmädch die Geschlechtsteile zu betasten versuchte, und er wurde dann, nachdem wegen Trunksucht freigesprochen war, der hiesigen Anstalt überwiesen.

In einem weiteren Falle, der einen 1859 geborenen verheirate Kesselschmied betrifft, führte die anfängliche Steigerung der Geschlechtsl nicht zu Delikten, und erst im weiteren Verlauf der Trunksucht trat gleic zeitig mit einer Schwächung des normalen Triebes die Neigung herv Knaben an den Genitalien zu betasten. Er wurde wiederholt deshalb b straft und schließlich wegen Alkoholzerrüttung der Anstaltsbehandlung übe wiesen. — Am deutlichsten aber zeigt sich das Merkmal der auf Alkoh wirkung beruhenden Schwäche in einem auch sonst sehr interessanten Fa der mehrfach Gegenstand der Begutachtung durch Herrn *Ganser*-Dresden g wesen ist. Der Betreffende hatte sich durch Erregung öffentlichen Ärge nisses strafbar gemacht, indem er Kindern und Frauen seinen Geschlecht teil zeigte.

Wie jeder Fortschritt in der Kenntnis der Ätiologie abnormer u krankhafter Lebensäußerung uns die Mittel zeigt, die zur Abhilfe dien können, so können wir auch die Erfahrung, daß sexuelle Delikte dur Alkoholwirkung begünstigt werden, in diesem Sinne verwerten. Ein 18 geborener Kaufmann kam in die Anstalt, nachdem er wiederholt bestra worden war, weil er vor Kindern onaniert hatte. Er war schon seit frühest Jugend der Onanie ergeben und hatte zu normaler geschlechtlicher Betä gung auch in der Ehe wenig Neigung gezeigt. Trunk wurde mit Entsch denheit geleugnet, auch fanden sich keine Zeichen des Alkoholismus, wo aber pflegte Patient kleine Mengen alkoholischer Getränke zu den Ma zeiten zu genießen. Es wurde nun, nachdem ein längerer Anstaltsaufenth ihn zwar gekräftigt, aber doch nicht ganz von der Neigung zu onanistisch Exzessen befreit hatte, ihm zur Pflicht gemacht, den Alkohol völlig meiden und in den Guttemplerorden einzutreten. Er tat dies und ist seitde freigeblieben von den Regungen, die ihm selbst die größten Qualen bereit hatten; er vermochte wieder seinem Geschäft nachzugehen und auch sein ehelichen Pflichten zu genügen; seitdem sind zwei Jahre vergangen, oh daß Patient rückfällig geworden ist. Bei der Kompliziertheit solcher Fäl und der Schwierigkeit, den Wirkungsbereich einzelner Faktoren im Krank heitsbilde abzugrenzen, wird man nicht sagen können, daß die Alkoh abstinenz allein den Erfolg gebracht habe, doch scheint sie Herrn Ref. a Gelingen nicht unwesentlich beteiligt.

Wir haben gesehen, wie der Alkoholismus sowohl mittelbar durch V

Digitized by Google

schlechterung des sozialen Milieu und der Rasse, wie auch unmittelbar durch seine Wirkung auf den Trinker zu mannigfachen Delikten wider die Sittlichkeit führt. Daß er nicht die einzige Ursache derselben bildet, wurde schon mehrfach betont, und es wird stets im einzelnen Falle abzuwägen sein, welche Bedeutung ihm für das Zustandekommen der Straftat beizumessen ist.

Häufig genug, aber gewiß nicht immer, schafft der Alkoholismus die Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 auch auf derartige Delikte.

In der Diskussion, an der sich die Herren *Weber*, *Becker*, *Hesse*, *Günther* und *Ginsberg* beteiligen, wird auf die Schwierigkeiten hingewiesen, welche der Verwertung der Statistik zur Feststellung von Krankheitsursachen entgegenstehen. Vortr. erkennt dieselben an, verweist aber auf die auffallende Tatsache, daß trotz aller Fehlerquellen die Statistik über den Einfluß des Alkohols als Krankheitserzeuger durch viele Jahre hindurch gleichmäßige Resultate ergeben habe. — Auf eine Frage des Herrn *Döhn*, die *Demme*schen Versuche über Erblichkeitsverhältnisse betreffend, verweist Vortr. auf die Originalarbeiten.

85. Sitzung vom 19. November 1903.

Herr Privatdozent Dr. med. *Döllken*-Leipzig (als Gast): „Geisteskranke und Verbrecher im Strafvollzug".

Die forensische Psychiatrie in ihrer heutigen Gestalt in Deutschland baut als nicht selbständiger Zweig der klinischen Psychiatrie nur auf dieser auf. Eine andere Richtung, welche den Verbrecher als Grundlage der Forschung nimmt und wieder die Geisteskrankheiten der Verbrecher als ihre gesamten geistigen und körperlichen Abweichungen von der Norm betrachtet, knüpft sich an den Namen *Lombrosos* und seiner Anhänger.

Unter den Verbrechern im weitesten Sinne des Wortes sind etwa 20—30% geisteskrank.

Anderseits haben mindestens 50% Geisteskranke zu irgend einer Zeit ihrer Krankheit eine kriminelle Handlung begangen.

Ferner haben fast alle Kinder bis zum Eintritt in das Pubertätsalter irgend eine Handlung begangen, die beim Erwachsenen als kriminell angesehen würde.

In den Südstaaten der Union sind die Neger 3½mal mehr kriminell als die Weißen. Dabei gelangt nur ein sehr geringer Teil der entdeckten Diebstähle der Neger zur Anzeige.

Diese drei Gruppen zeigen, daß Verbrechen von Geisteszuständen sehr verschiedener Art abhängig sein können: 1. von Symptomen einer Geisteskrankheit, 2. von vorläufigem Mangel an geistigem Besitz, 3. von einem nicht steigerungsfähigen geistigen Durchschnittsniveau trotz günstiger äußerer Bedingungen. Es besteht demnach keine Berechtigung, von der Wirkung auf eine gemeinschaftliche Ursache zu schließen.

Im Strafvollzug befinden sich 2—7% Geisteskranke. Die Zahlenangaben schwanken, je nachdem der Untersuchende nur die Geisteskrankheiten

Digitized by Google

der Lehrbücher zugrunde legt oder alle Geistesstörungen, welche nach seiner Ansicht den Verbrecher exkulpieren.

Unter diesen 2—7% sind solche, die während des Strafvollzugs erkrankt sind, deren Krankheit im Verfahren nicht erkannt ist; ferner Jugendliche, bei denen der Richter nur die Frage nach der Einsicht gestellt und selbst beantwortet hat.

Berücksichtigung müssen aber auch die Strafgefangenen verlangen, welche sich so von der geistigen Norm entfernen, daß sie an einem geistigen Defekt (Hypofunktion) oder an geistiger Minderwertigkeit (Übergang zu geistiger Krankheit, Parafunktion) leiden.

Der Staat setzt eine mittlere Anpassungsfähigkeit des Individuums an das Rechtsbewußtsein und Rechtsgefühl der rechtlichen Gemeinschaft voraus. Die Anpassung ist von der Intelligenz und von den Gefühlen abhängig. Von der Schule läßt der Staat die Rechtsbegriffe (Recht und Unrecht), von der Kirche das Rechtsgefühl (Gut und Böse) noch besonders ausbilden. Daher sind die normalen Abweichungen von den moralischen Begriffen und Gefühlen innerhalb einer rechtlichen Gemeinschaft zu einer bestimmten Zeit nicht erheblich.

Die Gefühlstöne bestimmter Begriffe sind von Erziehung und Milieu abhängig. Ihre Erinnerungsfähigkeit ist im Verhältnis zu den Begriffen gering und ihre Verbindung mit den Begriffen lose. Sie können daher in veränderter Umgebung untergehen oder verändert werden. Dann wirkt je nach der Ansprechbarkeit des Individuums auf Reize der verbrecherische Antrieb.

Auf jugendliche Verbrecher wirken noch ganz besonders stark gefühlsschädigend das erste Verbrechen, die erste Strafe und eventuell die verbrecherische Umgebung im Gefängnis.

Derartige Änderungen der Gefühle, speziell der moralischen Gefühle nur durch äußere Einflüsse kann niemand als Symptom einer Geisteskrankheit auffassen, auch dann nicht, wenn sie ein stärker suggestibles Individuum treffen.

Eine echte Moral insanity, die Unfähigkeit, moralische Gefühle zu erwerben bei sonst völlig normalem Verhalten, ist sehr selten. Es würde sich nun darum handeln, festzulegen, bei welcher Art und bei welchem Grad dieser geistigen Hypofunktion Straflosigkeit eintreten soll. Die Gewohnheitsverbrecher gehören an sich keinesfalls in diese Gruppe.

Bei Geisteskranken geht die rechtliche Anpassungsfähigkeit zwar auch durch Änderung oder Untergang der moralischen Gefühle verloren, läßt sich aber fast ausnahmslos auf bestimmte Krankheitserscheinungen zurückführen.

In den Gefängnissen befindet sich eine auffallend große Zahl von geistigen Defekten (Geistesschwachen) jeden Grades. Unter ihnen gehören natürlich die, welche keine moralischen Begriffe haben, nicht in den Strafvollzug. Bei geringeren Defekten ist die Relation zwischen Gefühlsleben und Defekt festzustellen. Die Schwachsinnigen bedürfen besonderer ärztlicher Fürsorge. Sie neigen sehr zu Neurosen und Psychosen von besonderer Färbung und

Digitized by Google

der Basis ihres Defekts. Es handelt sich hier um selbständige Krankheiten, die freilich meist als Symptome des Schwachsinns beschrieben werden.

Ein gar zu kleiner Teil der Defekten wird heute im Strafverfahren und Strafvollzug richtig erkannt und beurteilt. Da sie meist schon in der Jugend kriminell werden, sollte viel öfter die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Jugendlichen gestellt werden und nicht nur nach der Einsicht.

Schmerzenskinder des Strafvollzugs sind die Minderwertigen, welche zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen, die Belasteten, Psychopathen, Neurotiker, durch chronische Vergiftung, Infektionskrankheiten, Kopfverletzungen Geschwächten. Auch sie bedürfen im Gefängnis in erhöhtem Maße der fachärztlichen Aufsicht.

Einen beträchtlichen Teil der Verbrecher aus den letzten beiden Gruppen müssen wir als vermindert zurechnungsfähig bezeichnen. Für solche Individuen fordern wir in ihrem eigenen Interesse und zum Nutzen des Staates mehr noch als einen quantitativ andern einen qualitativ veränderten Strafvollzug. Die wichtigsten Faktoren desselben sind Abschaffung der kurzzeitigen Freiheitsstrafen, minder beschränkte Strafgewalt des Richters, größere Ausdehnung der Fürsorgeerziehung, Arbeitskolonien, Anstalten, welche zwischen Arbeitsanstalt und Gefängnis stehen.

Noch ist viel Arbeit zu leisten, um weitere positive Unterlagen für unsere Reformbestrebungen zu schaffen. Der wichtigste Weg dazu ist das Studium der Psychopathologie der Verbrecher in den Gefängnissen.

In der Diskussion gibt Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein der Überzeugung Ausdruck, daß der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit begründete Aussicht auf Wiederherstellung habe. Von juristischer Seite werde befürchtet, in unklaren Fällen möchten psychiatrisch weniger geschulte Ärzte sich für verminderte Zurechnungsfähigkeit aussprechen, um sich möglichst aus der Verlegenheit zu befreien, eine bestimmte Diagnose stellen zu müssen. Dagegen befürchteten die Psychiater, daß dieselben Ärzte ausgesprochen krankhafte Zustände auch nur als solche von verminderter Zurechnungsfähigkeit auffassen würden. Auf die Sammlung einschlägiger Fälle solle mehr Gewicht gelegt werden; sie solle aber möglichst einheitlich geschehen, etwa von den in noch größerer Zahl zu errichtenden Beobachtungsstationen an Strafanstalten. Ausführliche Veröffentlichung hätten die Fälle zu finden, wo Verurteilung erfolgt und erst in der Strafanstalt Krankheit erkannt worden sei.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden betont die Wichtigkeit des Erkennens der Fälle, wo verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen sei, und möchte hierfür bestimmte Anhaltspunkte als Richtschnur haben.

Herr Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dresden hält diese Forderung für zu weitgehend; er würde sich mit andeutenden Punkten, aus denen ein solcher Verdacht zu schöpfen sei, begnügen.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden wünscht noch häufigere Hinzu-

Digitized by Google

ziehung von Irrenärzten zu den Strafprozessen, die bei Anklagen gegen Kinder obligatorisch sein sollte. Jeder Gefängnisarzt müßte Psychiater sein.

Herr Dr. *Becker* hält die *Ganser*sche Forderung, Kinder betreffend, für undurchführbar.

Herr Nervenarzt Dr. *Böhmig*-Dresden weist auf die Zweckmäßigkeit der für Studierende der Jurisprudenz und Medizin gemeinsamen forensisch-psychiatrischen Praktika Kräpelins hin.

Herr Staatsanwalt Dr. *Dürbig*-Dresden spricht sich auch an sich für besondere Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige aus, befürchtet aber, daß die Angelegenheit am Kostenpunkt scheitern könne.

Herr Dr. *Weber* hält dem entgegen, daß doch durch Arbeit der betreffenden Anstaltsinsassen ein Beitrag zu den Kosten geleistet werde und durch die voraussichtlich längere Detention die häufigen zeitraubenden und kostspieligen Strafprozesse viel seltener würden.

Herr Dr. *Ganser* wendet sich gegen die Hervorkehrung des Kostenpunktes in einem Stadium, wo erst die Thesen bestimmt formuliert werden sollen.

86. Sitzung vom 30. Dezember 1903.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden: Krankenvorstellung.

Junger Mensch, der, unter dem Einfluß der englischen Krankheit geistig zurückgeblieben, sich jetzt in ausgesprochen schwachsinnigem Zustande befindet, wozu noch Jugendirrsinn kommt. Anamnese über sein Vorleben unvollständig. In Österreich geboren, katholisch, später nach München übergesiedelt und dort Schule genossen. In dieser wohl leidlich gelernt, später aber wenig geleistet. Wohl viel in der Welt herumgekommen. Verließ München mit goldener Uhr des Vaters, die er später verkaufte, und, angeblich zu seinem Schutze, mit einem Revolver, den er dann Bekannten gegeben haben will. Laut Strafregisterauszug einmal wegen Diebstahls vorbestraft; auch spricht er viel von Landstreichen. Anfang 1903 wegen Verdachts der Inbrandsetzung eines Stallgebäudes unter beträchtlichem Schaden verhaftet. Auf Grund seiner widerspruchsvollen Auslassungen und seines merkwürdigen Benehmens in Irrenanstalt beobachtet und wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung gesetzt. In jüngster Zeit neuer Scheunenbrand; Patient der geständige Täter.

Die heutigen einfachen Fragen an ihn beantwortet er zu einem großen Teil unrichtig. Charakteristisch sind seine langsamen Gedanken. Automatenhaftes Wesen. Lange Beibehaltung eigenartiger Körperstellungen. Affektäußerungen kontrastieren auffällig mit dem zu erwartenden Affekt. Sucht sich nicht Zeitvertreib; fragt nicht, was aus ihm wird: teilnahmlos. Disproportionierter Körper; hier sieht Herr *Ganser* nicht ausgesprochene Degenerationszeichen, sondern Überbleibsel der englischen Krankheit. Erst mit fünf Jahren sprechen und gehen gelernt. Von Jugend an am liebsten allein gewesen (dies oft Zeichen geistiger Schwäche).

Digitized by Google

Auf die Frage, warum er die letzte Brandstiftung begangen, antwortet er: ich habe sie angebrannt, weil es mir gefallen hat, daß sie brannte: ich freute mich darüber: es war kalt. Er schildert den Hergang lächelnd mit wenigen Worten. Auf eine spätere Frage nach dem Motive zur Tat: Wegen Rederei! er habe, wie er durch das Dorf gegangen, gehört, er solle einmal die Scheune anzünden: es müsse dies einer gesagt haben, der hinter dem Hause gesteckt habe. Herr *Ganser* bemerkt hierzu, daß Patient diese Begründung zum erstenmal gebe: heute früh habe er noch viele andere Motive angegeben.

Herr *Ganser* erinnert des näheren an die jetzt herrschende Ansicht, daß jede wirkliche Geisteskrankheit die gesamte psychische Person befalle, die frühere Lehre von den sogenannten Monomanien unrichtig sei. Die moderne Psychiatrie sucht jetzt das ganze Leben des Menschen zu erforschen und beobachtet den kranken Menschen mehr anthropologisch. Trotzdem können Monomanien scheinbar insofern vorgetäuscht werden, als allgemein menschliche Triebe, z. B. Feuer zu sehen, immer wieder entsprechende Taten, z. B. Brandstiftungen, hervorrufen. Auf die Frage, ob mit Rücksicht auf die Bemerkung des Patienten, es habe ihm jemand gesagt, er solle die Scheune anbrennen, bei ihm trotz aller Demenz auch Halluzinatorisches in Betracht komme, erwidert Herr *Ganser*: Bestimmt lasse sich die Frage noch nicht beantworten: er halte aber für immerhin möglich, daß etwas derartiges vorhanden sei: in der oben erwähnten Irrenanstalt scheine sich nichts Halluzinatorisches bemerkbar gemacht zu haben. Die Angabe mit dem Revolver halte er für eine nachträgliche Motivierung. Patient ist unheilbar.

87. Sitzung vom 28. Januar 1904.

Herr Anstaltsarzt Dr. med. *Kötscher*-Hubertusburg: Einiges über anormale Bewußtseinszustände und Psychopathologie der Aussage im Anschluß an ein militärgerichtlicherseits eingeholtes Gutachten.

Ein Soldat K. war am 5. Juli 1903 (an einem Sonntag) im Exerzieranzuge ohne Seitengewehr und mit zerrissenen Hosen durch ein Tor auspassiert, dessen Benutzung durch Regimentsbefehl verboten war, worauf ihn auch der Posten vor diesem Tore aufmerksam machte. K. soll erwidert haben, er wäre doch vorher auch durchgegangen, und soll trotz dreimaligen lauten Haltrufes des Postens und Zuruf, daß er zur Meldung gebracht werden müßte, hinter dem Rücken des Postens, ohne zu antworten, eilig durchgelaufen sein. Etwa 20 Minuten später kam K. wieder zurück, gefolgt von einem Sergeanten M., der den Mann angehalten und zurückgeschickt hatte, weil dessen schlechter Anzug auf der Straße das Mißfallen der Passanten hervorgerufen hatte. K. wurde nun angehalten und sein Name festgestellt. — Dazu gibt K. in den verschiedensten Verhören immer wieder an, er sei den Morgen früh in die Kaserne, aus der er gerade damals ausquartiert gewesen

Digitized by Google

sei, gekommen, um Wäsche abzugeben und gleichzeitig seinen noch in dieser Kaserne befindlichen Ausgehanzug zu holen. Da sein Korporalschaftsführer nicht dagewesen, habe er den nicht bekommen können. Darüber sehr ärgerlich und erregt, habe er sich endlich entschlossen, im Dienstanzug nach der andern Kaserne zurückzugehen und hierzu den Weg durch das betreffende Tor gewählt. Der diese Passage verbietende Regimentsbefehl sei ihm bekannt gewesen, er habe jedoch in seiner Erregtheit nicht an diesen Befehl gedacht und habe auch die Worte und Rufe des Postens nicht verstanden, obgleich er ihn etwas reden gehört habe. Es sei ihm nicht bewußt, daß er dem Posten wieder geantwortet haben soll. Er könne nur immer wieder versichern, daß er nicht verstanden habe, was der Posten gesagt hat. Wegen Beharrens im Ungehorsam mit 16 Tagen strengen Arrests bestraft, legt K. sofort Berufung ein, er sei zu streng bestraft, da er, weil er die Worte des Postens nicht verstanden habe, auch nicht im Ungehorsam beharrt haben könne. Er habe, als er durch das Tor auspassierte, keine böse Absicht gehabt. Seine Berufung wurde verworfen, hauptsächlich, weil der Zeuge Sergeant M. noch aussagte, er habe bald nach dem Geschehnis dem Angeklagten Vorhalt getan und gesagt, daß es ihm der Posten doch verboten habe, worauf K. mit „Jawohl" geantwortet habe. Dieses „Jawohl!" dem Sergeanten M. gegenüber bedeute ein Eingeständnis.

Am 7. August 1903 trat K. seine Strafe an und am 23. August hatte er seine 16 Tage strengen Arrests verbüßt. In der Nacht vom 24. zum 25. August trat nun eine Geistesstörung bei K. in heftigster Weise in Erscheinung. Er hatte sein Bett verlassen, sich in eine Nebenstube begeben und gab hier „fast unmenschliche" Laute von sich, verlangte nach der Kirche und den heiligen Sakramenten, um sich zu bessern, versuchte sich loszureißen, um in die Kirche zu eilen. Seine Augen stierten, und auf Befragen gab er keine Antwort. Der Arzt vom Dienst ordnete die Überführung ins Garnisonlazarett an, von wo aus er am 19. September in die Irrenanstalt kam. Patient ist am 16. September 1880 geboren. Über erbliche Belastung ist nichts Sicheres bekannt. Das Lernen soll ihm immer schwer geworden sein. Er hielt sich von jeher gern abgesondert, zeigte Hang zur Schwermut, stierte oft teilnahmlos vor sich hin und schreckte, angesprochen, zusammen. Er verdiente sein Brot als Former, wechselte aber häufig die Stellen und ist auch teilweise arbeitslos umhergewandert. Sein Hauptmann bezeichnet ihn als „geistig beschränkt und körperlich sehr ungeschickt veranlagt". Seine Ausbildung habe viel Schwierigkeit gemacht; besonders in bezug auf Reinlichkeit habe er stete Aufsicht gebraucht. Im übrigen sei er ein stets williger Soldat gewesen, der nie zu Subordinationsvergehen geneigt habe. Im Garnisonlazarett standen Angst und allgemeine Hemmung im Vordergrund der Erscheinungen. Er sei ein verworfener, armer Sünder, der Himmel habe ganz rot ausgesehen, also verfolge ihn der Teufel u. a.

In der Anstalt fiel er auf durch degeneriertes Aussehen und ein deprimiertes, apathisches Wesen; ohne jedes Interesse für seine Umgebung steht

Digitized by Google

er meist starr und stumm in Ecken und Winkeln. Leidlich orientiert über Person, Ort und Zeit, weist eine Intelligenzprüfung die beträchtlichsten Lücken auf. Auf seine Straftat kann er sich nicht besinnen. Die Angst tritt immer mehr in den Hintergrund gegenüber einer zunehmenden Demenz, begleitet von einer auffallenden Starre all seiner Bewegungen und seiner Sprache. Patient zeigt also die deutlichen Symptome einer Dementia praecox.

Jedenfalls befand sich K. auch bei Begehung der Straftat schon im Prodromalstadium dieser schweren Hirnerkrankung. Unter dem Eindruck eines ärgerlichen Affektes (Erregung, daß er nicht zu seinem Sonntagsanzug kommen konnte) wurde er noch besonders jeder richtigen Besinnung beraubt und handelte völlig mechanisch. Er hat die betreffenden Vorgänge nur perzipiert, — beherrscht vom Affekt sie aber nicht apperzipiert.

Sein verhängnisvolles „Jawohl" auf die Vorhalte des Sergeanten M. will bei dem von Haus aus schwachsinnigen, ängstlichen Menschen, den ein Unteroffizier zur Rede stellt, herzlich wenig sagen. Der militärisch gedrillte Patient hätte in seinem Zustand wahrscheinlich zu vielem anderen sein „Jawohl" hervorgestoßen. Es muß also die Frage des Militärgerichtes, ob K. zur Zeit des Vergehens infolge Ausschlusses der freien Willensbestimmung unzurechnungsfähig gewesen sein kann, bejaht werden.

Es könnte nun gefragt werden, ob nicht die Einzelhaft im strengen Arrest die Psychose des K. erst hervorgerufen?

Da ist zu sagen: völlig normale Menschen erkranken überhaupt selten in der Einzelhaft an einer wirklich ausgesprochenen Psychose. Ungebildete, gedankenarme Leute werden bei länger dauernder Einzelhaft meist apathisch bis zum Stumpfsinn und in ihrer geringen Energie und Initiative so völlig geknickt, daß sie, für den weiteren Kampf ums Dasein unfähig gemacht, immer wieder rückfällig, die Gefängnisse von neuem bevölkern. Sensible Naturen dagegen ergreift eine allgemeine Hyperästhesie, eine Überempfindlichkeit aller Nervenzentren, die zu einem Verbohren in sich selbst und in die Straftat führt und wirklich rohe Naturen nur noch trotziger und mit der Gesellschaft zerfallener aus der Einzelhaft hervorgehen läßt. Dazu kommen fast mit periodischer Präzision Attacken starker Niedergeschlagenheit.

Wirklicher geistiger Krankheit verfallen in der Hauptsache nur schon von vornherein krankhaft Veranlagte, meist auf Grund angeborener Entartung. Ihre Hyperästhesie steigert sich zu lebhaftesten Halluzinationen besonders des Gehörs und Gefühls, die wahnsinnigste Angst, Tobsucht und Selbstmorddrang hervorrufen. (Zuchthausknall.)

Von einem solchen Zustand wird bei K. während seiner Haft absolut nichts beobachtet. Wohl aber hat er betreffs der Folgen seiner Straftat schon vor seiner Inhaftierung merkwürdige wahnhafte Ideen zutage gefördert wie: „auf Erden kann mich niemand strafen!" — oder: „wenn ich bestraft werde, gehe ich ein, jedoch ein anderer (Christus?) tritt für mich ein!" Die Einzelhaft ist also nicht erst die Ursache der Krankheit des K., sondern nur als ein akzessorisches, steigerndes Moment in Rechnung zu setzen. —

Digitized by Google

Im Anschluß an diesen Fall soll nun ein kurzer Überblick gegeben werden über die Anomalien des Bewußtseins überhaupt.

Nach der modernen Psychologie ist das Bewußtsein die Summe aller im Augenblick vorhandenen sinnlichen Wahrnehmungen, Denkvorstellungen und deren Produkte, zusammen mit den früher vorhanden gewesenen und zurzeit noch reproduzierbaren. — Die „Helligkeit" des Bewußtseins richtet sich nach der mehr oder weniger großen Intensität des „Reizes", der erst einen gewissen „Schwellenwert" überschritten haben muß, um aus dem Unbewußten oder Unterbewußtsein in die Klarheit des Bewußtseins zu treten. Der Reiz muß erst eine seelische Tätigkeit in Bewegung gesetzt haben, die wir „Aufmerksamkeit" nennen, um aus der Perzeption zur Apperzeption zu gelangen, wie es *Wundt* ausdrückt.

Die Apperzeption kann nun einerseits quantitativ mangelhaft sein (Helligkeit des Bewußtseins), andererseits qualitativ verfälscht sein (durch übermächtige Stimmungen, Wahnideen und Sinnestäuschungen), oder beides. Heute soll nur von den quantitativen Unterschieden der geistigen Klarheit die Rede sein. Physiologisch handelt es sich da um viele Monate der ersten Kindheit und unser ganzes Leben hindurch um die Zeit des Schlafes. Forensisch wichtig ist die „Schlaftrunkenheit" und der traumhafte natürliche oder künstliche (vom Arzt durch Narkose oder Hypnose) hervorgerufene Schlaf geworden. Während es sich bei der Schlaftrunkenheit um eine Schreckreaktion bei noch nicht gesammeltem Bewußtsein handeln kann, kann beim traumhaften Schlaf bei disponierten Individuen (hysterischen Mädchen) eine mehr oder weniger klare Traumerinnerung ins Wachbewußtsein übergehen und durch Autosuggestion verstärkt zu den bösesten Aussagen und Verleumdungen, besonders bezüglich sexueller Angriffe führen. Das das Bewußtsein schädigendste Gift κατ' ἐξοχήν ist bekanntermaßen der Alkohol. Mit Recht sind in Deutschland Delikte, die in bewußtloser Trunkenheit begangen wurden, straffrei. Es fragt sich, ob nicht die Trunkenheit selbst, die bis zur Bewußtlosigkeit führte, zu bestrafen sein dürfte, beziehentlich, ob nicht bei wiederholten solchen Delikten die Unterbringung des Delinquenten in eine Heilanstalt vorgesehen werden könnte. Kurz gestreift soll hier noch werden der sogenannte pathologische Rausch und die Dipsomanie, die mit ihrer periodischen Angst wohl mehr zu den epilepsieartigen Zuständen gehört. Gerade Epilepsie und Hysterie bieten außer der Alkoholvergiftung die wichtigsten Bewußtseinstrübungen, die Dämmerzustände, in denen sich oft geordnete Handlungen unter der Schwelle des Selbstbewußtseins vollziehen mittels Erinnerungsbildern in ausgeschliffenen Bahnen. (Folgen Beispiele.) Ein ähnlicher Mechanismus wie bei den Dämmerzuständen kann nun besonders bei psychopathischen Individuen auch einen Affekt hervorrufen. Unter Affekt versteht man eine plötzliche Änderung der Gemütslage, die durch unvorhergesehene äußere oder innere Einflüsse hervorgebracht wurde. Durch Eindringen einer einseitigen übermächtigen Vorstellung lähmt der Affekt die Aufmerksamkeit und damit die Apperzeption aller anderen Vorstellungen. Gerade ein je weniger wider-

Digitized by Google

ndsfähiges Gefüge der Bewußtseinsinhalt besitzt, ein um so geringer beündeter Affekt genügt, um alle Überlegung über den Haufen zu werfen d eine Störung des Bewußtseins hervorzurufen, wie auch bei unserem im odromalstadium einer schweren Hirnerkrankung stehenden K.

Die wichtige Rolle, welche die besagte Antwort „Jawohl" des K. gespielt t, gibt noch Anlaß, kurz auf die Psychologie und Psychopathologie der ssage einzugehen. Schon die drei Elementarfaktoren einer Aussage, nämlich ffassungsvermögen, Merkfähigkeit und das Reproduktionsvermögen, wie rschieden sind sie nicht schon nach Alter, Geschlecht, individueller Dispoion und Übung, und wie werden sie noch jeweils beeinflußt von Stimmungen reingenommenheiten, Sym- und Antipathien, Aufmerksamkeit, Länge der it des Geschehnisses oder gar bei Einwirkung eines Affektes. Dazu kommt n noch der Einfluß der Persönlichkeit des Fragenden und ihre mehr oder niger psychologische Art des Fragens, ihr ganzer oft hochgradig suggestiver nfluß nicht nur auf den einzelnen Gefragten, sondern auf das ganze jeweilig teiligte Publikum. Vorhalte, kritische Bemerkungen, der Ton des Unwillens, s Vorwurfs oder des ermunternden Wohlwollens wird bei dem Aussagenden e oft unmeßbare und doch bedeutende Färbung der Aussage bedingen nnen. Wie schwer kann nun oft erst die Bewertung der Aussage eines isteskranken sein, noch mehr eines solchen, der auf der Grenze zwischen esundheit und Geisteskrankheit steht, eines Minderwertigen, eines Hysterikers!

Soweit Bewußtseinstrübungen in Betracht kommen, ist auf das schon sagte zu verweisen. Beim Alkoholismus kommt noch der klassische Eiferchtswahn der Trinker in Betracht, der öfter zu falschen Anschuldigungen gen Ehebruchs der Frau führt.

Bei Selbstbeschuldigungen ist stets an Melancholie zu denken, bei Ausgen und Anklagen über ungerechte Verfolgungen an Paranoia, bei Anklagen gen Gerichte und Behörden in immer neuen Beschuldigungen und Eingaben tz wiederholter Belehrung seitens derselben an eine besondere Unterart r Paranoia, an Querulantenwahnsinn.

Bei progressiver Paralyse und seniler Demenz kann hochgradiger Gechtnismangel und an dessen Stelle gesetzte Konfabulation die Aussage lschen. Besondere Vorsicht ist nötig bei Leuten mit hysterischem Charakter, i angeborenem oder erworbenem Schwachsinn und bei der großen Klasse r Degenerierten. Hysteriker sind besonders behaftet mit einer gesteigerten fekterregbarkeit und erhöhter Suggestibilität bei oft nicht wesentlich geirter Intelligenz. Ihre große Suggestibilität gibt jeder Stimmung, jedem fekt nach, paßt ihm Geschehenes und Gedachtes an und verarbeitet es eiter mit krankhaft gesteigerter Phantasie, so daß sie tatsächlich in gutem lauben ihre oft abscheulichen Anschuldigungen erheben.

Schwachsinnigen und Degenerierten ist meist gemeinsam auch ein oralischer Defekt, der sie ohne jede Gewissensbisse zum Lügen geneigt acht, sei es aus dem Darniederliegen der Intelligenz, der Kritik oder des rteilsvermögens, sei es aus Unberechenbarkeit, Lust am Fabulieren (Pseudo-

Digitized by Google

logia phantastica) oder perverser Freude am Bösen. (Moral insanity. Form, die der Herr Vortragende für einige wenige Fälle doch als selbstä bestehend annehmen möchte.) — Mit all dem Gesagten möchte er ge: haben, daß nur möglichst gesteigertes psychologisches Eingehen und in e Anzahl von Fällen nur die Kenntnis der Psychopathologie imstande ist, durch die Wogen des menschlichen Seelenlebens mit seinen Tiefen und tiefen als Kompaß zu dienen.

Wo die reine Logik uns nur zu oft an falsche Küsten verschlagen k wird Psychologie und Psychopathologie noch ein Wegweiser sein kön um uns dem erstrebten Lande der Wahrheit wenigstens in etwas nähe bringen.

In der Diskussion drückt Herr Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dre seine Verwunderung aus, daß im Berufungsverfahren das Wörtchen „Jaw ausschlaggebend war, das wie das „zu Befehl" ja oft rein automatisch Er hält für angezeigt, das Gefängniswesen nur den Justizministerien z teilen.

Herr Stabsarzt Dr. *Bennecke*-Dresden weist darauf hin, daß stre Arrest infolge der absoluten Dunkelheit noch ernster wirke als einf: Einzelhaft.

Herr Nervenarzt Dr. *Böhmig*-Dresden berichtet über einen Fall, wo Soldat sich gegen die Disziplin verging und hinterher epileptischen A bekam, der sein Verhalten erklärte.

Die Frage des Herrn Landgerichtsdirektor Dr. *Feurich*-Dresden, ob e süchtige Beschimpfungen seitens Trunksüchtiger als krankhaft zu gelten ha bejaht Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden mit dem Hinweise, daß Eifersuchtswahn für den chronischen Alkoholismus geradezu typisch Auch Cocain habe eine spezifische Wirkung hinsichtlich der Erzeugung e bestimmten Komplexes von Wahnvorstellungen. Herr *Ganser* bemerkt fer ein über das Erforderliche ausgedehntes Isolieren Inhaftierter habe bei Irren Folge, daß sich unsoziale Triebe, Reizbarkeit zeigen. Frappant sei oft Unterschied zwischen dem Verhalten in der Untersuchungshaft und der stalt; dort fühlten sich die Betreffenden unfrei, hier gingen sie aus heraus.

Herr Amtsrichter Dr. *Herrmann*-Dresden hat auch die Erfahrung macht, daß bei Trinkern oft Eifersuchtswahn vorkomme. Er vermute, vielleicht das Bewußtsein der eigenen Impotenz dem Gedankengang Trinkers diese Richtung gebe.

Herr Präsident a. D. Geh. Rat Dr. med. *Günther*-Dresden hat auch funden, daß langdauernde Einzelhaft oft entschieden ungünstig auf die haftierten einwirke.

Herr Staatsanwalt Dr. *Wulffen*-Dresden weist auf die Gefahr hin, w in Strafanstalten die Beschäftigung mit den Individuen nur den Aufse überlassen bleibe, die Inspektoren hierzu wegen Überlastung nicht in Lage seien.

Digitized by Google

Herr Bezirksassessor Dr. *Ilberg*-Dresden wendet sich gegen eine Verallgemeinerung des aufgestellten Satzes, daß auf die Auswahl der Gefangenenaufseher kein Wert gelegt werde.

Herr Oberarzt Dr. *Ranniger*-Hochweitzschen erinnert daran, daß zweckmäßigerweise auch Irrenpfleger als Gefangenenaufseher angestellt worden sind.

Herr Dr. *Kötscher* äußert Bedenken gegen Veröffentlichungen Gefängnisärztlicher über ihre Wahrnehmungen in Gefängnissen; sie ließen sich bisweilen beeinflussen.

88. Sitzung vom 26. Februar 1904.

Herr Staatsanwalt Dr. *Wulffen*-Dresden über: Strafzumessung der Tat vom psychologischen und psychiatrischen Standpunkte.

Der Vortrag wird unter dem Titel „Die Strafzumessung" abgedruckt in dem von dem Herrn Vortragenden bearbeiteten „Handbuch für den praktischen Kriminalbeamten, für Geschworene und Schöffen sowie für Strafanstaltsbeamte" (Heymannsche Buchdruckerei und Verlagsbuchhandlung).

In der Diskussion meint Herr Geheimrat Dr. med. *Weber*-Sonnenstein, Kindern zwar oft nicht die reine formale Erkenntnis, daß dies und jenes sittlich oder gerichtlich verboten sei, wohl aber häufig die Erkenntnis abgehe, daß eine unlautere Handlung in Frage stehe. Die innere Einsicht des Rechten und das Gefühl, sich derartiger Handlungen enthalten zu müssen, fehle oft, namentlich bei Kindern, die dem Schwachsinn nahestehen, fehlen oft, ziemlich spät kommen, auch nicht bis zum 14. Lebensjahre. Die ursprüngliche Neigung der Kinder sei oft eine wenig moralische. Von den Frauen gebe der Herr Vortragende wohl teilweise ein etwas zu scharf konturiertes Bild; vieles gehöre bei ihnen auch wohl schon in das Gebiet der Hysterie; auch der Egoismus des Mannes müsse bei Beurteilung der Frau in Betracht gezogen werden. Unter den sexuell Perversen seien gewiß auch viele unzurechnungsfähig, nicht nur vermindert zurechnungsfähig, so viele Exhibitionisten. Hysterische seien psychisch krank; anders bei den Epileptikern, denen zuweilen sogar keine Milderung zuzuerkennen sein dürfte; Taten, die während epileptischer Seelenstörungen begingen, seien aber nicht strafbar.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Das Gesetz veranlasse den Richter oft, die äußere Seite der Tat bei der Strafzumessung zu sehr zu berücksichtigen, z. B. beim Diebstahl. Er erklärt für zu weitgehend, daß der, der im Rausche delinquiert habe, erstmalig von Bestrafung zu verschonen sein solle. Bezüglich der Bewährungsfrist dürfe nicht vergessen werden, daß mancher Jugendliche ihrer vielleicht teilhaftig werde, der bei genauerer Prüfung nicht als erkenntnisreif anerkannt worden wäre. Frauen würden im allgemeinen wohl milder als Männer bestraft.

Herr Landrichter *Döhn*-Dresden: Daß der Strafrichter die subjektive Seite der Tat zu wenig berücksichtige, liege auch an der Ausbildung der Juristen. Schon auf der Universität werde das Zivilrecht zu sehr über das

Digitized by Google

Strafrecht gestellt; der Kriminalist müsse auch Psycholog und Soziolog sein. Die Vorbildung auf diesem Gebiete sei doch auch z. B. für den freiwilligen Richter wichtig. Die volle Berücksichtigung der subjektiven Seite der Tat sei allerdings seines Erachtens bei der heutigen Strafgesetzgebung ausgeschlossen. Auch je nachdem der Richter der Vergeltungs- oder der Zweck theorie anhänge, dürfte er die subjektive Seite verschieden bewerten. Der Vorschlag, in Schwurgerichtssachen jeden Angeklagten auf seinen Geisteszustand zu untersuchen, halte er nicht für völlig ungangbar.

Herr Dr. *Becker* bedauert, daß in der neuen sächsischen Justizministerial-Verordnung über die Vorbereitung zum Richterexamen relativ geringer Wert auf die Ausbildung im Strafrecht gelegt werde.

Herr Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dresden: Die bedingte Verurteilung könne nach seiner Ansicht auch zu Härten führen. Für besser halte er eine Ausdehnung des Verweises.

Herr Hofrat Dr. med. *Ganser*-Dresden kann nicht einsehen, warum in dem Beweise der Erkenntnis der Strafbarkeit die Willensfreiheit nach § 51 StrGB. gegeben sein soll. Daß der Strafrichter den subjektiven Teil der Tat zu wenig beachte, liege im ganzen Verfahren und in der starken Inanspruchnahme des Richters; vielleicht stände es auch besser, wenn an den maßgebenden Stellen darüber mehr Verständnis herrschte. Jeder Untersuchungsgefangene müßte von einem psychiatrisch geschulten Gefängnisarzte besucht werden und gekannt sein.

113. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 17. Dezember 1904.

Anwesend die Herren: *Adam*-Herzberge a. G., *Anker*-Lichtenrade, *Asch*-Berlin, *Benda*-Berlin, *P. Bernhardt*-Dalldorf a. G., *Birnbaum*-Herzberge a. [illegible] *Boedecker*-Schlachtensee, *Bratz*-Wuhlgarten, *Bunnemann*-Ballenstedt a. Ha[illegible] *Colla*-Finkenwalde, *Edel sen.* Charlottenburg, *Max Edel*-Charlottenburg, *Eic*[illegible] Herzberge a. G., *Falkenberg*-Herzberge, *Försterling*-Herzberge a. G., *Frä*[illegible] Nietleben, *Gock*-Landsberg a. W., *Hebold*-Wuhlgarten, *Hopf*-Potsdam, *Hübn*[illegible] Herzberge a. G., *Juliusburger*-Schlachtensee, *S. Kalischer*-Schlachtensee, *Kl*[illegible] *stein*-Dalldorf, *Kluge*-Potsdam, *König*-Dalldorf, *Kortum*-Herzberge, *Lähr* s[illegible] Zehlendorf, *Hans Lähr*-Schweizerhof, *Lilienfeld*-Groß-Lichterfelde, *Mart*[illegible] Schweizerhof a. G., *Matthies*-Dalldorf, *Matzdorf*-Bernau, *Mittenzweig*-Herzber[illegible] a. G., *Moeli*-Herzberge, *Mucha-Franz*-Buchholz, *Munter*-Berlin, *Naucrat*[illegible] Wannsee, *Oestreicher*-Nieder-Schönhausen, *Oliven*-Steglitz, *Reich*-Herzber[illegible] *Richstein*-Potsdam, *Schayer*-Wuhlgarten a. G., *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schu*[illegible] Herzberge a. G., *Schepp*-Wuhlgarten a. G., *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Herzber[illegible] *Sklarek*-Dalldorf, *Ulrich*-Eberswalde, *Veit*-Wuhlgarten a. G., *van Vleuten*-D[illegible] dorf, *Wandel*-Herzberge a. G., *Werner*-Dalldorf, *Zinn*-Eberswalde.

Digitized by Google

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Moeli*, *Lähr sen.*, *Sander*. Vorsitzender: *Sander*.

Dem Verein ist beigetreten Dr. *Bunnemann* in Ballenstedt a. Harz.

Der Vorsitzende: Meine Herren! Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, drängt es mich, der schweren Verluste zu gedenken, die unser Verein in den letzten Monaten erlitten hat. Am 27. September starb in Wiesbaden, wo er die letzten Lebensjahre zugebracht hatte, der Geheime Sanitätsrat Dr. *Ideler* im Alter von 75 Jahren. *Ideler*, dessen Vater der bekannte, hier vielgenannte Berliner Irrenarzt war, stand infolge dessen schon früh in der Irrenpflege hiesiger Stadt in Verbindung. Im Jahre 1857 approbiert, trat er bald nachher als Assistenzarzt bei der damaligen Kurmärkischen Irrenanstalt in Neu-Ruppin ein und wurde im Jahr 1862 dirigierender Arzt der Berliner städt. Irrenverpflegungsanstalt. Von da ab ist sein Name mit der Entwicklung der Berliner Irrenpflege verknüpft. Unter den schwierigsten Verhältnissen, deren niederdrückenden Einfluß auf den menschlich fühlenden, für seine Kranken sorgenden und den Fortschritten der Psychiatrie zu folgen bemühten Irrenarzt die heutige Zeit kaum noch versteht, hat *Ideler* sich der ihm gewordenen Aufgabe mit treuem Eifer unterzogen und an seinem Teile tätig an der Entwicklung der städtischen Irrenpflege, insbesondere auch an dem Bau und der Einrichtung der Anstalt Dalldorf mitgearbeitet. Nach Eröffnung dieser Anstalt widmete er ihr als ihr erster Leiter seine letzte Arbeitskraft, bis er im Jahr 1885 seinen Abschied nahm. Unserem Vereine gehörte *Ideler* seit seinem Bestehen an. Er hat ihm, so lange er hier lebte, das regste Interesse bewiesen, brachte seine reiche Erfahrung in Vorträgen zu unserer Kenntnis und beteiligte sich lebhaft an den Diskussionen. Im geselligen Zusammensein unseres Kreises, wie überhaupt im Verkehr mit den Kollegen der Stadt, war er wegen seiner allgemeinen Bildung und wegen seiner Kollegialität allgemein geschätzt und beliebt. Unserem Verein hat er auch aus der Ferne noch Interesse bewiesen. —

Ein weiterer Verlust hat uns durch den am 7. November erfolgten Tod des Königlichen Gerichtsarztes Medizinalrat Dr. *Hugo Mittenzweig* betroffen. Sein Wirken als Gerichtsarzt ist Ihnen noch frisch in Erinnerung. Einen großen Teil seiner starken und erfolgreichen Arbeitskraft hat er den uns besonders interessierenden Gegenständen gewidmet. Auch er gehörte, seitdem er nach Berlin berufen war, unserem Verein an. Er hat sich als ein eifriges, für seine Zwecke warm eintretendes Mitglied erwiesen. Wie alle, die zu ihm in Beziehung traten, wußten wir seinen Tätigkeitsdrang, seinen aufrichtigen Charakter und seine außerordentliche Liebenswürdigkeit zu schätzen. Meine Herren! Wir werden die Erinnerung an die von uns Geschiedenen dauernd bei uns in Ehren halten und wollen ihnen jetzt die übliche Ehrenbezeugung erweisen. Ich bitte Sie, sich zu ihrem ehrenden Gedenken von den Sitzen zu erheben. —

Digitized by Google

Herr *Veit*-Wuhlgarten: Ein Fall von Tabes dorsalis bei ei epileptischen Knaben.

Vortr. stellt einen 15jährigen Knaben vor, der im 6. Lebensjah Epilepsie erkrankte und bei dem sich außerdem allmählich eine Tabes wickelte. Der Patient stammt von einem nervösen Vater; eine Schw starb im Alter von 1¾ Jahren an „eitriger Gehirnentzündung".

Der Verdacht auf hereditäre Lues konnte durch die augenärztliche U suchung sichergestellt werden. Der Patient entwickelte sich als Kind im Alter von 6 Jahren erkrankte er an Scarlatina, bald darauf traten ersten Krampfanfälle auf, die an Häufigkeit so zunahmen, daß Patient Mai 1902 in der Anstalt Wuhlgarten zur Aufnahme kam. Bei der kö lichen Untersuchung fiel nur auf, daß das Kniephänomen beiderseits sicher auszulösen war. Im Juni 1902 ungeheilt entlassen, wurde Patient n dem er auch in Moabit und der Charité behandelt war, Ende Oktober zum zweitenmal in Wuhlgarten aufgenommen.

Jetzt waren neben der Epilepsie ausgesprochene tabische Sympt Fehlen des Kniephänomens beiderseits, Rombergsches Symptom, statische lokomotorische Ataxie, auffallende Hypotonie der Muskeln, Sensibili störungen, zu konstatieren.

Vortr. glaubt, daß der Fall nach zwei Seiten Interesse erregt: ei im Hinblick auf die hereditäre Lues als ätiologischen Faktor für die Epile sodann als Fall von juveniler Tabes.

Vortr. gibt zuerst einen Überblick über den ursächlichen Zusam hang zwischen hereditärer Lues und Epilepsie, der erst in letzter Zeit sonders von *Binswanger*, betont worden ist und schildert dann den delet Einfluß der kongenitalen Syphilis, die wie die akquirierte Lues krankh Veränderungen des Zentralnervensystems hervorrufen kann oder Prädi sitionen für Neurosen schafft. Vortr. glaubt, daß bei dem vorgeste Patienten die hereditäre Lues die „syphilitische Dyskrasie" geschaffen auf deren Boden die epileptische Veränderung entstanden ist, zu der dan weiterer Ausdruck der durch die Keimschädigung hervorgerufenen allgeme Ernährungsstörung sich eine Tabes allmählich entwickelt hat.

Vortr. erwähnt dann die Veröffentlichungen resp. Vorstellungen juve Tabeskranker, die in den letzten Jahren sich häufen, während früher das kommen juveniler Tabes bezweifelt wurde.

Differentialdiagnostisch ist bei jugendlicher Tabes stets *Kalischers* schauung zu beherzigen, daß „häufig infantile Tabes nur tabes-ähnl Symptome einer Lues cerebro-spinalis" sind.

Bei dem vorgestellten Kranken glaubt jedoch Vortragender, daß Fehlen cerebraler Symptome gegen eine Lues cerebro-spinalis, dagegen schleichende, dabei aber progressive Verlauf der tabischen Symptome, dem jeder Wechsel der Krankheitserscheinungen fehlt, für eine Tabes einem jugendlichen Epileptiker spricht. — (Eigener Bericht. Der Vortrag später ausführlich veröffentlicht werden.)

Digitized by Google

Diskussion. Herr *Bödeker*: Ich halte es doch nicht für unbedenklich, demonstrierten Fall den wohlcharakterisierten juvenilen Tabesfällen zuzählen. Soweit ich gesehen habe, besteht von den typischen Tabessymptomen das *Westphal*sche Zeichen, das ja gewiß auf ähnliche anatomische Prose schließen läßt, aber doch für die Diagnose der Tabes nicht genügt. allem scheint mir aber der Gang des Patienten einem tabisch-ataktischen ht zu entsprechen; ich verweise nur auf die Gewandtheit, mit der der anke bei seiner Verabschiedung sich — ohne Stütze — umdrehte.

Herr *Kalischer*: Auch ich halte die Diagnose der Tabes in diesem Fall nicht genügend gesichert. Die Gehstörung erinnert mehr an cerebellare nie. Die Hyperästhesie schien nicht ausgeprägt genug, und die wechselnde ästhesie oder Analgesie spricht gegen Tabes. Selbst der Verlust der tellarreflexe könnte durch einen langsam wachsenden Hirntumor (Gummischwulst) erklärt werden, da hierbei gelegentlich bei langsamem Wachstum ch Rückwirkung auf das Rückenmark die Patellarreflexe fehlen können. gen Tabes spricht auch das Fehlen subjektiver Störungen und anderer bessymptome außer dem Verlust der Patellarreflexe. Ich möchte in Anacht der gleichzeitigen Epilepsie und des Augenbefundes auch diesen Fall eine Lues cerebrospinalis halten.

Herr *König* schließt sich im allgemeinen den Herren *Bödecker* und *lischer* an. Das geschilderte Krankheitsbild zwingt uns nicht notwendigerise zur Diagnose Tabes, namentlich erinnert der sehr eigentümliche Gang an Erkrankung des Cerebellums.

Vortr. erwidert, daß der Gang des Patienten allerdings nicht der pische, schleudernde der Tabiker ist; derselbe ist mehr ein „federnder“; rch wird die Ataxie besonders deutlich, wenn der Kranke bei fixierter richtung oder ohne Unterstützung des Stockes zu gehen versucht; er dann sofort hinzufallen.

Was die Sensibilität betrifft, so war diese allerdings ein wechselndes, konstantes Symptom, doch hat Vortr. dasselbe auch weniger für die gnose Tabes verwertet und ist die Deutung desselben durch das Zusammenauftreten von Epilepsie und tabischen Symptomen bei dem Kranken ch erschwert.

In dem Vortrag ist bereits betont worden, daß differentialdiagnostisch Lues cerebro-spinalis gedacht werden muß. Doch glaubt Vortr., daß trotz nicht ganz typischen Ganges des Patienten dies Symptom jedoch im sammenhang mit den übrigen Krankheitserscheinungen und der langsame rlauf für die Diagnose Tabes bei dem vorgestellten jugendlichen Epileptiker richt. —

Herr *van Vleuten*-Dalldorf: Über transitorische Aphasie bei Alkoholdelirien.

Der Vortr. machte Mitteilung über drei Fälle von atypischen Alkoholelirien, welche mit transitorischer Aphasie verbunden waren. Ein Vergleichen

Digitized by

dieser drei Fälle ließ folgende gemeinsame Eigentümlichkeiten des Verl feststellen. Der Beginn der Erkrankung war ein allmählicher, langsa während einiger Wochen steigerten sich die delirösen Erscheinungen; pa damit ging eine langsame Entwicklung der aphasischen Störung, einer un ständigen transkortikalen motorischen Aphasie. Auf der Höhe des Delir bestanden neben dieser Aphasie, die durch Beispiele aus den entsprech Protokollen belegt wurde, bewegte Halluzinationen des Gesichtes, meist visionen, seltener Sinnestäuschungen des Gehörs. Die Orientierung wa stört, aber nicht sehr tief, die Aufmerksamkeit aber eine verhältnisn gute, Suggestivhalluzinationen und Augendruckvisionen waren nicht he zurufen, ein Beschäftigungsdelirium zeigte sich nicht. Die motorischen scheinungen waren auffallend gering. Im Urin war Eiweiß nachzuwe Ohne kritischen Schlaf, fast so allmählich, wie es sich eingeschlichen, das Delirium auch wieder nach. In demselben Verhältnis besserte sich die Sprachstörung. Nach Ablauf des Deliriums bestand gute Erinnerun die durchgemachte Krankheit. Die Anamnese ergab in allen drei Fälle heblichen Alkoholmißbrauch, daneben aber konnte sichergestellt werden, bei allen drei Kranken früher epileptische Anfälle vorgekommen waren zwar handelte es sich bei zweien um genuine Epilepsie. Alle drei zei sich frei von stärkerer Arteriosklerose. Apoplektische Insulte und Lähmu waren bei keinem nachzuweisen.

Nachdem der Vortr. begründet hatte, weshalb es bei diesen Fällen geschlossen sei, daß ein organischer Herd die Aphasie hervorgerufen, zug aber als Trauma gewirkt und ein Alkoholdelirium nach sich gezogen h führte er aus, daß die beobachtete Aphasie, insbesondere die Unfähig Gegenstände zu benennen, nicht etwa durch Verkennungen, durch Illusi oder Halluzinationen, durch das Versprechen der Deliranten oder gar d Amblyopie vorgetäuscht sein könne. Es wurde dann hervorgehoben, nach dem klinischen Verlaufe weder Alkoholismus noch Epilepsie allei diese Erscheinungsform verantwortlich zu machen sei, sondern beide sammen. Der Vortr. verglich die Mitteilung *Bonhoeffers* über ein Alk delirium mit Aphasie mit seinen Fällen und stellte als wesentlichen U schied fest, daß der *Bonhoeffer*sche Fall in den ersten Tagen einen schweren cerebralen Allgemeinzustand darbot, der bei seinen Fällen fehlte. Schließlich wies er auf die sehr große Ähnlichkeit hin, welch kurz nach epileptischen Zuständen beobachteten ganz flüchtigen Aphasien, glichen mit seinen drei Fällen, zeigen. Ein Urteil über die Häufigkeit artiger epileptisch alkoholischer Delirien mit Aphasie behielt sich der V vor. Die drei Beobachtungen fielen in den Zeitraum eines Jahres.

(Eigener Bericht, eine eingehende Veröffentlichung wird in dieser schrift erfolgen.)

Herr *Reich*-Herzberge: Die anläßlich der Verhandlungen der internatio kriminalistischen Vereinigung zu Stuttgart und des Deutschen Juristen

Digitized by Google

zu Innsbruck vorgeschlagenen Maßregeln bezüglich „vermindert Zurechnungsfähiger“ oder „geistig Minderwerter“ und der sogenannten gemeingefährlich Geisteskranken.

Es wird zuerst eine kurze Schilderung der Stellungnahme der X. Landesversammlung der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung zu Stuttgart und des XXVII. Deutschen Juristentages zu Innsbruck bezüglich der Frage der strafrechtlichen Behandlung der geistigen Störungen gegeben und dabei der in den Mitteilungen der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung veröffentlichte einschlägige Gesetzentwurf *Liszt*, sowie die am Schlusse des *Kahl*schen Gutachtens aufgestellten Leitsätze und schließlich noch die von beiden genannten Versammlungen angenommenen Thesen verlesen. Die Thesen der beiden Versammlungen mögen hier folgen:

A. Thesen der X. Landesversammlung der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung.

I. 1. Vermindert Zurechnungsfähige sind milder zu bestrafen.
2. Gegenüber den wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit Freigesprochenen oder wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit milder Bestraften sind, soweit sie gemeingefährlich sind, geeignete Sicherheitsmaßregeln in Anwendung zu bringen.
3. Solche Sicherheitsmaßregeln sind auch denjenigen noch nicht verbrecherisch gewordenen Personen gegenüber notwendig, die infolge ausgeschlossener oder verminderter Zurechnungsfähigkeit gemeingefährlich sind.
4. Die endgültige Verhängung dieser Sicherheitsmaßregeln erfolgt in einem besonderen Verfahren, das dem Entmündigungsverfahren analog gestaltet ist.

II. Der Vorstand der I.K.V. soll eine Petition um Erlaß eines Gesetzes in vorstehendem Sinne einreichen.

III. In den vom Bundesrat aufgestellten Grundsätzen über den Vollzug gerichtlich erkannter Freiheitsstrafen vom 28. Oktober 1897 ist nach § 14 folgender § 14a einzuschalten:

§ 14a.

Geistig minderwertige Gefangene sind im Strafvollzug mit Rücksicht auf diesen geistigen Zustand zu behandeln. Sie sind unter besondere Aufsicht des Arztes zu stellen. Bei diesen Gefangenen hat der Arzt eine entscheidende Stimme

a) in bezug auf disziplinare und sonstige Behandlung,
b) in bezug auf die Beantragung der Ausscheidung aus dem Strafvollzuge.

B. Thesen des XXVII. Deutschen Juristentages.

I. Wer sich bei Begehung einer strafbaren Handlung in einem nicht blos vorübergehenden krankhaften Zustand befunden hat, welcher das Ver-

Digitized by Google

ständnis für die Strafwürdigkeit seiner Handlung oder seine Widerstands kraft gegen strafbares Handeln verminderte, ist nach dem für minde schwere Fälle geltenden Strafrahmen zu bestrafen.

II. Bei jugendlichen Minderwertigen ist von den vom XXVII. Deutsche Juristentage festgesetzten Grundsätzen des Ersatzes der Strafe durch staatlich überwachte Erziehung weitgehender Gebrauch zu machen.

III. Die Aussetzung des Strafvollzuges ist unter den allgemeinen Bedingungen zulässig und ist seine Anwendung in ausgedehntestem Maße zu empfehlen.

IV. Der Vollzug erfolgt in der gewöhnlichen Strafanstalt unter individueller Berücksichtigung des die geistige Minderwertigkeit begründenden Zustandes.

V. An geistig Minderwertigen, welche sich für den Vollzug in einer gewöhnlichen Strafanstalt nicht eignen, insbesondere an Gemeingefährlichen ist die Strafe nach Anordnung des erkennenden Strafgerichts in einer staatlichen Sicherungsanstalt und soweit es sich um Verurteilung Jugendlicher handelt, in einer Erziehungsanstalt zu vollziehen.

VI. Geistig Minderwertige, welche gemeingefährlich sind, müssen nach Vollzug oder Erlaß der Strafe in geeigneten Anstalten bis zur Entlassungsfähigkeit verwahrt werden.

VII. Die Entlassung kann nur bedingt und während eines gesetzlich begrenzten Zeitraumes widerruflich erfolgen.

VIII. Geistig Minderwertige, welche nicht gemeingefährlich sind, müssen nach Vollzug oder Erlaß der Strafe unter staatlich organisierter Gesundheitsaufsicht bleiben, daneben kann Unterbringung in einer Familie oder in einer Privatanstalt verfügt oder Bestellung eines Pflegers vorgesehen werden.

Die Dauer der Aufsicht wird innerhalb einer gesetzlichen Grenze durch das Urteil bestimmt.

IX. Zum Zwecke der Feststellung der Notwendigkeit und Zulässigkeit von Sicherungsmaßregeln gegen geistig Minderwertige hat ein besonderes Verfahren stattzufinden, welches indessen grundsätzlich von den Voraussetzungen und dem Verfahren der Entmündigung freizuhalten ist.

Nach Verlesung der Thesen fährt Vortragender fort:

Nachdem ich Ihnen in Vorstehendem die Entschlüsse der Versammlungen in Stuttgart und Innsbruck mitgeteilt habe, will ich nun dazu übergehen, zusammenhängend die einzelnen in Betracht kommenden Fragen in der Weise zu erörtern, daß ich die von seiten der juristischen und psychiatrischen Referenten angeregten und besprochenen Fragen einzeln durchgehe und dabei die verschiedenen Ansichten miteinander vergleiche. Die Fragen, die uns hier beschäftigen werden, sind folgende:

1. Ist die Berücksichtigung der nicht unter § 51 St.G.B. zu rechnenden Zustände geistiger Anomalie erforderlich und wünschenswert?

Digitized by Google

Die uns interessierenden Versammlungen haben sich der von ihren Referenten vertretenen Anschauung, daß die Einführung einer Berücksichtigung der Zustände geistiger Minderwertigkeit erforderlich ist, angeschlossen.

Die Gründe, welche für die Notwendigkeit einer besonderen Berücksichtigung der verminderten Zurechnungsfähigkeit, die bereits in verschiedenen älteren deutschen Gesetzen und Gesetzentwürfen enthalten war und sich auch bereits in einigen außerdeutschen Strafgesetzen vorfindet, ins Feld geführt werden, sind im wesentlichen folgende:

Das bisherige Gesetz kennt nur volle Zurechnungsfähigkeit oder volle Unzurechnungsfähigkeit. Diese Unterscheidung trägt den Tatsachen der medizinischen Erfahrung nicht genügend Rechnung. In Wirklichkeit ist der Übergang zwischen geistiger Krankheit und geistiger Gesundheit ein ganz allmählicher. Es müssen folglich außer den Zuständen voller Unzurechnungsfähigkeit auch noch andere Krankheitszustände vorhanden sein, in denen die Zurechnungsfähigkeit nicht völlig aufgehoben, sondern nur vermindert ist. Wenn die Strafe eine Sühne oder Vergeltung sein soll, so muß also bei den Vergehen dieser Individuen eine mildere Bestrafung Platz greifen, die der verminderten Schuld des Täters äquivalent ist. Im Rahmen des Systems der mildernden Umstände kann man diesen Zuständen geistiger Minderwertigkeit nicht genügend gerecht werden, weil mildernde Umstände nicht vorgesehen sind bei vielen schweren Verbrechen, insbesondere bei Hochverrat in schwerster Form, Meineid, Notzucht und verwandten Handlungen mit verursachtem Tode, schwerer Kuppelei, Mord und Totschlag, schwerer Abtreibung und Aussetzung, bei beabsichtigter schwerer Körperverletzung, Vergiftung, Menschenraub und analogen Fällen, gewerbs- oder gewohnheitsmäßiger Hehlerei, bei Brandstiftung und anderen gemeingefährlichen Verbrechen.

Der vermindert Zurechnungsfähige kann also jetzt nur dann milder bestraft werden, wenn er ein Verbrechen begangen hat, bei dem zufällig mildernde Umstände zugelassen sind. — Aber auch wenn im Rahmen der Strafmilderung diesen Zuständen Rechnung getragen werden könnte, so wäre, meint *Kahl*, doch die Einführung einer besonderen strafrechtlichen Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen erforderlich, da gegenüber den vermindert Zurechnungsfähigen, die zum großen Teil sehr gefährliche Elemente darstellen, ein besonderer Schutz der Gesellschaft in der Form einer Sicherung erforderlich ist. Gerade dieser letztere Umstand wird als der wichtigste Grund zur Einführung der Reform angesehen.

Wenn auch sämtliche Referenten der beiden Vereinigungen sich darüber einig waren, daß die Berücksichtigung der verminderten Zurechnungsfähigkeit im Gesetz geboten sei und die Versammlungen sich auf denselben Standpunkt stellten, so kann doch nicht unerwähnt bleiben, daß auch gegenteilige Meinungen geäußert werden. So steht *Finger* durchaus nicht auf dem Standpunkt *Kahls* und *v. Liszts*. Von Psychiatern hat besonders *Mendel* wiederholt gegen die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch Bedenken erhoben und zwar fürchtet er, daß die Einführung der verminderten

Digitized by Google

Zurechnungsfähigkeit leicht dazu führen könnte, daß der Begriff der Unzu-
rechnungsfähigkeit, wie er bisher nach § 51 St.G.B. gehandhabt ist, dadurch
ins Wanken gerät, daß also der Boden, den der Psychiater allmählich unter
der Herrschaft des jetzigen Strafgesetzbuches gewonnen hat, wieder unsicher
wird, daß vor allem die verminderte Zurechnungsfähigkeit dazu führen werde,
daß vielfach insbesondere von weniger geübten Gutachtern und von wenig
einsichtsvollen Richtern Personen als vermindert zurechnungsfähig erachtet
werden, die tatsächlich geisteskrank sind. Es sind das dieselben Bedenken,
an denen schon früher die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit
in das Strafgesetzbuch scheiterte. In der Sitzung der Kommission des Staats-
rats vom 26. November 1845 wurde die Aufnahme dieses Begriffes in den
Entwurf zum preußischen Strafgesetzbuch mit sechs gegen drei Stimmen ab-
gelehnt mit der Begründung seitens der Gegner: „Die verminderte Zurechnungs-
fähigkeit dispensiere den Richter von seiner schweren Pflicht der Entscheidung,
ob der Angeschuldigte zurechnungsfähig sei oder nicht".

Während von allen Referenten die Notwendigkeit der Reform anerkannt wird,
gehen die Anschauungen darüber, welche Zustände für die vermindert
Zurechnungsfähigkeit in Anspruch zu nehmen sind, nicht unerheblich
auseinander. Darüber allerdings sind alle einig, daß der alte Begriff der Unzu-
rechnungsfähigkeit, wie ihn § 51 kennzeichnet, nicht angetastet werden soll,
daß die vermindert Zurechnungsfähigen unter denen zu suchen sind, die jetzt
als (voll) zurechnungsfähig gelten. *Kahl* fürchtet, die ganze Reform zu
gefährden, wenn der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu weit
gefaßt wird. Wollte die Reform alles, was nicht mehr geistesgesund ist und
noch nicht geisteskrank zu sein scheint, unter den Begriff der verminderten
Zurechnungsfähigkeit ziehen, so erachtet *Kahl* ihre Aussichten von vornherein
vernichtet. Er wünscht darunter nur dauernde krankhafte Zustände zu rechnen,
die das Verständnis für die Bestimmungen des Strafgesetzes, oder die Wider-
standskraft gegen strafbares Handeln vermindern. Es scheiden danach als
aus: „Die Depressionen oder Exaltationen, welche aus der normalen Leiden-
schaft des gesunden Menschen, aus seinem Haß, seiner Liebe, seinem auf-
wallenden Zorn, seinem beherrschbaren oder unbeherrschbaren Geschlechtstrieb
und hundert anderen Regungen des gesunden Menschen hervorgegangen sind;
es scheiden aus die Gelüste der Schwangeren und die weiblichen Triebe in-
menses; es scheiden aus die Rauschzustände des gesunden Zechers und die Tä-
lichkeiten oder Rohheiten bestimmter Altersperioden. Es fallen andererseits
unter den Begriff alle krankhaft gesteigerten Affekte, die Widerstandslosigkeit
des hereditär Belasteten und Entarteten, die Reizungen und Überreizungen
des von Zwangsvorstellungen zu Zwangshandlungen gehetzten, die Schwärmerei
des krankhaft Exzentrischen, die Schwäche des Morphinisten, die Fassungs-
und Haltlosigkeit des Epileptikers und des Hysterischen, die Einsichtslosig-
keit des Schwachsinnigen, der Despotismus des Sadisten, die Brutalität des
gewohnheitsmäßigen Alkoholisten, das Selbstgefühl des vom Größenwahn und
gekränkelten Anarchisten, der Weltverbesserungstrieb des unbelehrbaren Ana-

Digitized by Google

chronisten, der sich in seine Zeit nicht zu schicken weiß und verbrecherisch handelt, um die Gesellschaft zu reformieren, und andere, soweit diese noch innerhalb der Grenze der Zurechnungsfähigkeit liegen".

Kahl möchte den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit nicht als solchen in das Gesetz einführen, er will denselben nur als Begriff der gerichtlichen Umgangssprache bestehen lassen und in das Gesetz statt seiner eine Definition eingeführt sehen, die sie bezeichnet als einen außerhalb des § 51 St.G.B. gelegenen andauernd krankhaften Zustand, welcher das Verständnis für die Bestimmungen des Strafgesetzes oder die Widerstandskraft gegen strafbares Handeln vermindert. Die psychiatrischen Sachverständigen die sich anläßlich der letzten Versammlungen zu der Frage geäußert haben, stehen im allgemeinen *Kahl* näher als *v. Liszt*, ohne aber sich dem einen oder anderen voll anzuschließen. Sie sind einmütig gegen die Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit als solchem in das Strafgesetzbuch, weil der medizinische Sachverständige mit einem solchen rein juristischen Begriff voraussichtlich nichts anfangen kann. Sowohl *Leppmann* als auch *Cramer* äußern sich zustimmend zu der Bezeichnung der in Frage kommenden Zustände als krankhafter geistiger Minderwertigkeit. Auch *Kraepelin* äußert sich gegen den Ausdruck verminderte Zurechnungsfähigkeit und scheint im ganzen der Definition *Kahls* zuzustimmen. Er möchte aber diese Definition so fassen, daß dahin die Zustände gehören, in denen das Verständnis für die Bestimmungen des Strafgesetzes und für die Folgen der eigenen Handlungen oder die Widerstandskraft gegen strafbares Handeln vermindert ist. Er erweitert also die Definition noch etwas. Gegen den Ausdruck „geistig minderwertig" äußerte sich *Aschaffenburg* in der Diskussion zu Stuttgart mit der Motivierung, daß schließlich jeder Verbrecher geistig minderwertig sei. *Sommer* schlug den Ausdruck „mit geistiger Schwäche behaftet" vor.

Die Forderung *Kahls*, daß nur die krankhaften Zustände berücksichtigt werden sollen, hat von psychiatrischer Seite keinen Widerspruch erfahren. *Leppmann* schließt sich in dieser Hinsicht ausdrücklich *Kahl* an. Er hält es zwar für wünschenswert, daß auch die durch physiologische Altersrückbildung bedingte verminderte Zurechnungsfähigkeit im Greisenalter Berücksichtigung im Gesetz finde, will aber diese seine Sonderwünsche im Interesse des Zustandekommens des Gesetzes zurückstellen. Dagegen kann sich *Leppmann* nicht ohne weiteres für die von *Kahl* vorgeschlagene Begrenzung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit auf die andauernden Zustände einverstanden erklären: er will statt „andauernder Zustände" setzen „sofern er nicht seiner Natur nach vorübergehend ist", ein Vorschlag, der auch die Zustimmung des deutschen Juristentages in Innsbruck gefunden hat. Weiter als *Leppmann* geht *Cramer*. Er dringt darauf, daß auch den Zuständen vorübergehender geistiger Minderwertigkeit Rechnung getragen wird, wie ja auch *v. Liszt* seinen Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit nicht nur auf die dauernden Zustände beschränkt wissen will. *Kraepelin* hat im wesent-

Digitized by Google

lichen nur die Zustände der chronischen Minderwertigkeit im Auge, aber will doch die akuten miteinbegreifen, wie aus seiner Stellung zur Beurteilu des Rausches hervorgeht. Während nämlich *Kahl* und *Leppmann* den Raus hier ausschließen wollen, möchte im Gegensatz dazu *Kraepelin* ihn einbegriff sehen und wünscht dazu allerdings gegen einen Täter, der, weil sein Deli im Rausch begangen ist, eine mildere Strafe erhält, nachträglich eine sichern Behandlung eingeleitet zu sehen, die so lange fortzusetzen ist, bis die Gefa des Rückfalls beseitigt ist. An sich läßt sich ja nicht verkennen, daß e stichhaltiger Grund gegen die Beschränkung der verminderten Zurechnung fähigkeit auf dauernde Zustände sich logisch aus dem Begriffe selbst nic entwickeln läßt. Will man feststellen, daß bei verminderter Zurechnungsfähi keit eine Strafmilderung einzutreten habe, so ist nicht abzusehen, warum n diese Milderung nur den dauernden Zuständen von Minderwertigkeit zut werden soll. Daß man nur solche Leute als vermindert zurechnungsfähig e klärt, gegen die Sicherheitsmaßregeln zu ergreifen sind, scheint mir dem B griffe selbst zu widersprechen. Die Sicherheitsmaßregeln können niem aus dem Begriffe der verminderten Zurechnungsfähigkeit, sondern nur a dem Begriffe der Gefährlichkeit des betreffenden Individuums hergeleit werden. Immerhin werden voraussichtlich die akuten, schnell vorübergehe den Zustände geistiger Minderwertigkeit mit Ausnahme vielleicht des berei genannten Rausches kaum je eine erhebliche Bedeutung gewinnen.

Wo wir eine plötzliche Herabsetzung der Zurechnungsfähigkeit nac weisen, wird es sich fast stets um volle Unzurechnungsfähigkeit handel Wenn ich insbesondere das von *Cramer* hier herangezogene Beispiel ein genaueren Betrachtung unterwerfe, so muß ich sagen, daß in dem von ih angezogenen Falle meinem Gefühle nach die Annahme einer vollen Unzurec nungsfähigkeit doch näher liegt, als die einer verminderten Zurechnung fähigkeit.

Ein ganz gesunder, kräftiger Mann stürzt mit dem Rade, begibt si dann am Tage darauf, nachdem seine Kopfschmerzen geschwunden sind, einer Geselligkeit. Obschon bisher völlig tolerant gegen Alkohol, gerät schon nach den ersten Gläsern Wein in einen Zustand großer Aufgeregth und bekommt ein herausforderndes Wesen, durch das er sich zu eine Konflikt mit Gewalttätigkeiten hinreißen läßt. Schon nach 14 Tagen hatte d Mann seine Toleranz gegen Alkohol wieder. Wenn der Betreffende, wie d *Cramer* hier anzunehmen scheint, unter dem Einflusse eines Traumas a Alkohol anders als gewöhnlich reagiert und ein Benehmen zeigt, das sein sonstigen Art sich aufzuführen gänzlich widerspricht, so scheint mir do daraus hervorzugehen, daß der Betreffende hier gegen seinen sonstigen Ch rakter und die ihm eigentümliche Willensrichtung, daß er also in einem Z stande der Willensunfreiheit, d. h. der Unzurechnungsfähigkeit gehandelt ha und so dürfte es sich auch in den meisten anderen Fällen vorübergehend Minderwertigkeit verhalten. — Wenn ich also die Hereinziehung auch v übergehender Zustände geistiger Minderwertigkeit für logisch konsequent

Digitized by Google

halte, so glaube ich, dürfte der Sache doch kein erheblicher Schaden erwachsen, wenn man sich, um den Anschein der Uferlosigkeit des Begriffes, den besonders *Kahl* befürchtet, zu vermeiden, mit der Fassung *Leppmanns* begnügt. *Leppmann* wünscht nun noch eine Änderung der *Kahl*schen Fassung insofern, als er die Strafmilderung nur den Fällen zukommen lassen will, in denen das Verständnis für die Bestimmungen des Strafgesetzes oder die Widerstandskraft gegen strafbares Handeln „erheblich" oder „wesentlich" oder „deutlich" vermindert ist. *Kahl* hat sich bereits in seinem Gutachten gegen die Einführung derartiger unbestimmt gradueller Bezeichnungen gewendet, und ich möchte auch glauben, daß man auf diesen Zusatz besser verzichtet, da ja der Begriff durch das Verlangen des Nachweises der Verminderung des Verständnisses für die Bestimmungen des Strafgesetzbuches und der Widerstandsfähigkeit gegen strafbares Handeln schon genügend begrenzt ist, und weil durch den Zusatz *Leppmanns* die Abgrenzung der verminderten Zurechnungsfähigkeit gegen die volle Unzurechnungsfähigkeit erschwert werden könnte. Einen Rechtsbrecher, bei dem die genannten Eigenschaften in erheblichem Grade vorliegen, würde man doch wohl in den meisten Fällen nicht zu Unrecht für unzurechnungsfähig erklären können.

Wir kommen damit zur Besprechung der Frage der Abgrenzung der verminderten Zurechnungsfähigkeit resp. geistigen Minderwertigkeit gegenüber der Zurechnungsfähigkeit einerseits, der Unzurechnungsfähigkeit andererseits.

Darin sind alle Vertreter der Reform zurzeit wohl einig, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht einen Einbruch in das Gebiet der Unzurechnungsfähigkeit darstellen soll. Aber auch das andere Extrem soll vermieden werden, daß der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit einen Durchschlupf bietet für geistig normale Gesetzesübertreter. Es wird sich beides nur dann erfüllen lassen, wenn in der Tat die Grenzen der verminderten Zurechnungsfähigkeit sich genügend scharf feststellen lassen. *Cramer* hat sich besonders eingehend mit dieser Frage beschäftigt und ist zu dem Resultat gekommen, daß die Grenzbestimmung zwar Schwierigkeiten haben wird, daß diese sich aber doch nicht als unüberwindlich erweisen werden. Die Schwierigkeit der Grenzbestimmung nach unten, nach der Gesundheit zu, erkennt *Cramer* an, er hofft aber, daß die Kenntnis dieser Grenzzustände bei Gerichts-, Kreis- und Bezirksärzten und unter den Juristen zunehmen werde, und daß die neuerdings mit den psychiatrischen Universitätskliniken vielfach verbundenen Polikliniken ganz allgemein unsere Anschauung über diese Grenzzustände klären und festigen werden. Diese Auffassung *Cramers* stellt allerdings zum großen Teil einen Wechsel auf die Zukunft dar. Aber mir scheint die Schwierigkeit in der Tat — das möchte ich *Cramer* zugeben — nicht so unüberwindlich zu sein. Denn die mildere Bestrafung, die das Gesetz dem vermindert Zurechnungsfähigen zuteil werden läßt, wird wahrscheinlich doch noch einen ziemlich breiten Rahmen darstellen, innerhalb dessen der Schwere des einzelnen Falles Gerechtigkeit werden kann, und außerdem wird ja der

Digitized by Google

Richter bei der Einführung der geplanten Reform es ganz in seiner Hand haben, gegen diejenigen Personen, die durch die ihnen zuteil werdende Strafe nicht eine hinreichende Einwirkung erwarten lassen, weitere Sicherheitsmaßregeln zu verhängen. Wahrscheinlich wird überhaupt das drohende Gespenst der Sicherungshaft, das hinter der verminderten Zurechnungsfähigkeit lauert, den Rechtsbrecher sehr wirksam davon abschrecken, seine minderwertigen Eigenschaften vor Gericht zu betonen, zumal wenn dieselben ihn von dem Makel der Bestrafung nicht befreien sollen. Die zeitlich unbegrenzte Sicherheitshaft wird voraussichtlich meist viel schwerer empfunden werden, als eine lange, aber zeitlich bestimmte Strafe. Wir sehen es ja oft bei den geisteskranken Verbrechern, daß sie sich drängen, ihre Strafe wieder anzutreten, in der Hoffnung, ihrem zeitlich unbegrenzten Aufenthalte in der Anstalt für Geisteskranke zu entgehen.

Von viel größerer Bedeutung erscheint mir die Frage: wie ist die verminderte Zurechnungsfähigkeit resp. die geistige Minderwertigkeit abzugrenzen gegen die Unzurechnungsfähigkeit? *Cramer* meint, diese Grenze werde im allgemeinen leichter zu finden sein. Denn sowie wir die klinischen Kennzeichen einer ausgesprochenen Geisteskrankheit nachweisen können, hört der Begriff der geistigen Minderwertigkeit auf. Bei dieser Grenzbestimmung *Cramers* kommen mir doch mancherlei Bedenken. Der klinische Begriff der Geisteskrankheit, insbesondere seine Abgrenzung gegen die Neurosen, aber auch gegen andere Zustände geistiger Defekte, ist durchaus nicht so sicher feststehend, daß hier nicht die erheblichsten Differenzen der Auffassung möglich wären, was der Begriff „ausgesprochene Geisteskrankheit" zu bedeuten hat. Die Entscheidung, ob ein Geisteszustand unter den § 51 St.G.B. fällt oder nicht, ist schon bei der jetzigen Gesetzeslage bei den an der Grenze liegenden Fällen — und die allein sind es ja, die dem Gutachter Schwierigkeiten machen — durchaus nicht immer leicht zu treffen. Zum Teil mag das an der wenig glücklichen Fassung des § 51 liegen, zum andern Teil liegt es aber wohl in der Natur der Sache. Es wird immer große Schwierigkeiten haben, die ihrem Wesen nach fließenden und ohne Grenze ineinander übergehenden Erscheinungen der Welt naturwissenschaftlicher Erfahrung in den Rahmen juristischer Begriffsbestimmung einzupassen. Auf die Bedenken *Mendels* bezüglich der Abgrenzung der verminderten Zurechnungsfähigkeit gegenüber der Unzurechnungsfähigkeit habe ich schon vorher hingewiesen.

Die Gefahr, die in der Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen Geisteskrankheit und der geistigen Minderwertigkeit besteht, spricht sich zum Teil auch in den Gutachten derjenigen psychiatrischen Sachverständigen aus, die auf dem Boden der Reform im Sinne *Kahls* stehen. Wenn beispielsweise *Leppmann* und *Kraepelin* die geistig Minderwertigen zum Teil in den Anstalten für Geisteskranke versorgen wollen, so scheint in dieser Forderung implicite die Anschauung zu liegen, daß diese Personen in Wirklichkeit doch Geisteskranke sind, und *Kraepelin* spricht es an einer Stelle seines Gutachtens direkt aus, daß er die Überweisung der vermindert Zurechnungsfähigen in

Digitized by Google

diese Anstalten gerade deswegen wünscht, „als sie sich bei genauerer Betrachtung wohl zumeist als tatsächlich unzurechnungsfähig herausstellen werden", und er glaubt weiter, daß in der Zukunft der Reform „die schon jetzt mehr oder weniger willkürliche Grenze zwischen voll und vermindert Zurechnungsfähigen" sich mehr und mehr verwischen werde.

Ich komme nun noch zu sprechen auf die einzelnen klinischen Krankheitsformen, die der geistigen Minderwertigkeit zugerechnet werden sollen. *Cramer* teilt die geistig Minderwertigen in drei Gruppen, nämlich

A. in solche Zustände, welche länger dauernd bestehen,

B. in solche, welche zwar auch auf einer dauernden krankhaften Grundlage beruhen, aber den Zustand von geistiger Minderwertigkeit nur unter besonderen Umständen hervortreten lassen und

C. Zustände von geistiger Minderwertigkeit, die nur passager auftreten.

Zu den Formen A. rechnet er:

1. Zustände, bei denen im Vordergrunde der klinischen Erscheinungen eine große moralische und ethische Depravation und ausgesprochene antisoziale Instinkte stehen,
2. die in leichterem Grade angeboren Schwachsinnigen,
3. chronische Alkoholisten und Morphinisten,
4. gewisse Epileptiker,
5. Fälle von arteriosklerotischer Atrophie des Gehirns,
6. langsam sich entwickelnde senile und präsenile Formen,
7. organische Gehirnleiden,
8. die Degenerierten,
9. die pervers und konträr Sexuellen,
10. Die Kranken mit traumatischer Gehirnveränderung, die Hysterie und die hysterische Charakterveränderung.

Zu der Gruppe B. rechnet er ähnliche Fälle, bei denen aber die krankhafte Veränderung noch nicht so weit vorgeschritten ist und stärkere Störungen nur durch besondere Umstände: Überanstrengung, Strapazen, Affekt, Alkohol, Menstruation, Gravidität, Klimakterium eintreten.

In der dritten Gruppe C. sind nur ganz vereinzelt pathologische Momente einer nervösen Konstitution nachweisbar und tritt ebenfalls nur unter der Wirkung besonderer auslösender Momente ganz vorübergehend ein Zustand geistiger Minderwertigkeit ein.

Kraepelin erwähnt im großen und ganzen dieselben Krankheitsformen, die *Cramer* uns vorführt, ohne aber ein so erhebliches Gewicht wie *Cramer* auf den Unterschied in der Dauer zu legen. Er will übrigens auch die Anfangsstadien, sowie die End- und Zwischenstadien mancher Geisteskrankheiten hierherrechnen.

Leppmann möchte, wie bereits erwähnt, auf die Heranziehung schnell vorübergehender Zustände verzichten, insbesondere will er den normalen

Digitized by Google

Rausch von der verminderten Zurechnungsfähigkeit ausschließen. Ganz Gegensatz hierzu möchte *Kraepelin* ihn unter den Zuständen geistiger Mind wertigkeit nicht missen. Offenbar liegt darin eine günstige Gelegenheit d Trinker nachher eine zwangsweise Anstaltsbehandlung auf legalem Wege kommen zu lassen. Vielleicht ließe sich so, was die Einführung der E mündigung des Trinkers wohl bisher nur in sehr beschränktem Maße geleis in vollkommenerer und bequemerer Weise mit Hilfe des Strafrichters erreich

Wenn wir die uns hier genannten Krankheitsformen überblicken, so ze sich, daß wohl keine einzige Krankheit vorhanden ist, die ausschließlich geistigen Minderwertigkeit angehört. Es handelt sich durchweg dabei Krankheiten, die einerseits in das Gebiet zweifelloser Zurechnungsfähigk andrerseits weit in das Gebiet der völligen Unzurechnungsfähigkeit hine reichen können, ein Umstand, der die Differenzierung nicht gerade erleichte wird. Ich würde auch *Cramer* gegenüber lieber vorschlagen zu sagen st „die Epilepsie, die Hysterie usw.", „gewisse Zustände der Epilepsie, Hysterie usw".

2. Wir kommen nunmehr zu der Frage, was soll mit den geist Minderwerten geschehen? Und da ist zuerst zu entscheiden, ob dieselb überhaupt bestraft werden sollen oder nicht. *Kahl* spricht sich mit voller E stimmtheit dafür aus. Seine Gründe sind rein juristischer Natur. Er schließt „Die vermindert Zurechnungsfähigen sind Zurechnungsfähige, folglich hab sie eine Schuld und verdienen eine Strafe. Aber ihre Schuld ist gering als die der Vollsinnigen und deswegen muß auch die Strafe eine milde sein." Die Frage, ob die vermindert Zurechnungsfähigen zu bestrafen si ist ihm nicht eine Frage der Zweckmäßigkeit, sondern eine Prinzipienfra ersten Ranges.

Liszt ist eigentlich in seinem innersten Herzen kein Freund der E strafung vermindert Zurechnungsfähiger, er möchte statt der Strafe medi nische Behandlung. Aber er fürchtet die Forderung der Straflosigkeit für vermindert Zurechnungsfähigen werde sich nicht durchsetzen lassen und schließt, um die Reform nicht zu gefährden, ein Kompromiß mit der klas schen Schule, indem er sich auf mildere Strafe und andere Behandlung ein Gegen die Strafe spricht sich mit voller Entschiedenheit *Aschaffenburg* a Auch *Kraepelin* ist durchaus gegen die Bestrafung der vermindert Zurec nungsfähigen. *Kraepelin* erklärt sich überhaupt als einen ausgesprochen Gegner der Vergeltungs- und Sühnestrafe. Er wünscht statt der Strafe ga allgemein eine dem Individuum angepaßte Behandlung und will einen neu Stand der wissenschaftlich gebildeten Kriminalpädagogen geschaffen sehe die, ausgerüstet mit der genauen Kenntnis der Verbrecherseele, diese indi duelle Behandlung der Verbrecher zu übernehmen hätten. *Kraepelin* se aber selbst ein, daß das vorläufig nichts ist, als ein unerfüllbarer Traum. er will sich daher vorläufig damit begnügen, wenn wenigstens den vermind Zurechnungsfähigen eine dementsprechende Behandlung zuteil wird. wünscht, daß der Richter dem vermindert Zurechnungsfähigen gegenüber m

Digitized by Google

den Tatbestand festzustellen hat. Zunächst kommen dieselben auf eine Beobachtungsabteilung, wo sie zwei bis drei Monate beobachtet werden. Dann erst wird festgesetzt, wie ihre weitere Versorgung sich zu gestalten habe.

Eine weitere Frage ist die, wie ist die Strafe, wenn eine solche sein soll, zu gestalten?

Liszt will nur die Straffähigen bestrafen, sagt über die Art des Strafvollzuges nichts Näheres, auch nicht darüber, wer die Straffähigkeit zu beurteilen hat. *Krohne* — wie auch bereits früher *Finkelnburg* — will den vermindert Zurechnungsfähigen in den gewöhnlichen Strafvollzug übernehmen. Er meint, daß man die meisten dieser Leute, wenn man nur genügend Rücksicht auf ihren eigentümlichen Geisteszustand nimmt, sehr wohl durch den geordneten Strafvollzug hindurchbringen kann. Er verlangt aber vermehrten Einfluß des Arztes im Strafvollzuge.

Kahl und *Leppmann* dagegen wünschen weitergehende Reformen des Strafvollzuges.

Kahl erklärt, wenn es auch möglich wäre, bei hinreichender Rücksichtnahme die geistig Minderwertigen durch den gewöhnlichen Strafvollzug hindurchzuschleppen, so wäre das doch ein so schwerer Nachteil für den Strafvollzug selbst, dessen Wesen eben gerade in einer Gleichmäßigkeit der Behandlung bestehe, daß er dringend die Entfernung dieser ungeeigneten Elemente aus den gewöhnlichen Strafanstalten fordern müsse.

Kahl hat ja, wie bereits dargelegt, nur die dauernden Zustände geistiger Minderwertigkeit im Auge, und er trennt dieselben bezüglich der Strafe in zwei Kategorien. Die Ungefährlichen, nicht einer längeren Verwahrung bedürftigen, kommen in den geordneten Strafvollzug, für die gefährlichen, der Sicherung Bedürftigen dagegen sollen besondere Strafeinrichtungen getroffen werden. Dieselben verbüßen ihre Strafe nicht im Gefängnis oder Zuchthaus, sondern in besonderen Strafabteilungen der der Verwahrung der Minderwertigen dienenden Sicherungsanstalten. *Kahl* wendet sich hier, wie mir scheint mit Recht, gegen den von vielen Autoren, u. a. auch von *Leppmann* gebrauchten Ausdruck „Zwischenanstalten". In der Tat besagt ja auch dieser Ausdruck nicht, ob dieselben als zwischen Zuchthaus und Gefängnis, oder zwischen Gefängnis und Arbeitshaus oder Siechenhaus oder Anstalt für Geisteskranke stehend gedacht werden. Sie haben einen besonderen Zweck, nämlich den der Sicherung, und darum will sie *Kahl* auch mit dem entsprechenden Namen bezeichnen.

Die Unterscheidung zwischen den gemeingefährlichen und ungefährlichen Minderwertigen hätte nach *Kahl* der Strafrichter zu treffen.

Leppmann denkt sich die Ausführung der Sache etwas anders. Er geht von dem Standpunkt aus, daß der Strafrichter, da der Strafprozeß die in Betracht kommenden seelischen Eigentümlichkeiten des Täters nicht genügend enthüllt, gar nicht in der Lage ist, bereits bei der Urteilsfällung über die Straffähigkeit eine endgültige Entscheidung zu treffen. Diese könne nur nach Antritt des Strafvollzuges selbst erfolgen. *Leppmann* denkt sich das

Digitized by Google

weitere Vorgehen also folgendermaßen: Der geistig Minderwertige kommt in die Strafanstalt, er wird hier einer besonderen ärztlichen Beobachtung unterstellt. Wenn er sich als strafvollzugsunfähig erweist, kommt er in einen besonders einzurichtenden Annex, in dem er bis zum Strafende verbleibt. Hier untersteht er unmittelbar ärztlicher Aufsicht. Der Arzt hat auf dieser Abteilung volle Selbständigkeit auch bezüglich der Sicherheitsmaßregeln. Ihm steht das selbständige Beantragungsrecht zur Überführung Minderwertiger an die besondere Abteilung zu. Er soll das Recht erhalten, für sein besonderes Ressort das zu reklamieren, was ihm zugehört, nämlich die erheblich Minderwertigen.

Ob die Annexe für Minderwertige im Sinne *Leppmanns* eine zentralisierte Sicherungsanstalt ersetzen können, scheint mir fraglich. Ich will mich auf genauere Erörterung der Gründe für und wider hier nicht einlassen. Sie sind von *Kahl* und *Leppmann* ausführlich besprochen. Derartige Annexe dürften wohl am besten zu denselben Zwecken bei Minderwertigen verwandt werden, denen die jetzt in Preußen vorhandenen bezüglich der Geisteskranken dienen, nämlich der Beobachtung und Heilung. Die in den Annexen zugebrachte Zeit könnte dann auf die Strafzeit in Anrechnung gebracht werden. Dazu ist es allerdings nötig, daß die Annexe Teile der Strafanstalten bilden und es ist eine völlige Abtrennung derselben, wie sie von *Naecke* in letzterer Zeit befürwortet wird, aus diesem Grunde nicht wünschenswert. Wenn in den Annexen die Strafe vollzogen werden soll, so muß meines Erachtens wenigstens nominell die Oberleitung der Verwaltung der Strafanstalt zufallen. Unter keinen Umständen würde ich es wünschen, daß der Arzt der Annexe den Strafvollzug als solchen mit übernimmt, mag er im übrigen gestaltet sein, wie er wolle. Die Strafe stellt nach der Überzeugung der Juristen ein Übel dar, und der Arzt darf meiner Meinung nach auch nicht einmal den Schein erwecken, als ob er seinen Kranken ein Übel zufügen wolle. Bezüglich der inneren Verwaltung dieser Annexe müßte allerdings, wenn sie ihrer Aufgabe gerecht werden sollen, der Arzt volle Selbständigkeit haben, und der Einfluß der Strafanstaltsverwaltung müßte hier in der Tat nur dem Namen nach existieren. Ich glaube, daß ich hiermit auch *Leppmanns* Anschauung treffe.

3. Haben wir uns bisher nur auf dem Gebiete der verminderten Zurechnungsfähigkeit bewegt, so kommen wir jetzt zu Fragen, die gleichzeitig auch gewisse d. h. die die öffentliche Sicherheit gefährdenden Geisteskranken angehen, nämlich **wie ist die Gesellschaft zu sichern gegen die Gefahren**, die ihr von seiten dieser beiden Kategorien von Personen drohen.

Der Vorschlag *Liszts* geht dahin, die nach § 51 St.G.B. freigesprochenen Geisteskranken und die nach dem § 51 a Verurteilten vorläufig zu verwahren, sie dann zu entmündigen und zwar mit ausdrücklicher Betonung ihrer Gemeingefährlichkeit und sie dann, nachdem ihre event. Strafe verbüßt ist, einer durch das Gericht zu verfügenden sichernden Behandlung zu unterwerfen. Der Richter, und zwar der Entmündigungsrichter, ordnet die Unter-

Digitized by Google

bringung in eine Heil- oder Pflegeanstalt an, die Verwaltungsbehörde sorgt dafür, daß sie in geeigneter Weise erfolgt. Die bedingte Überweisung an eine geeignete Familie ist nicht ausgeschlossen.

Kahl will von dem Entmündigungsverfahren zum Zwecke der Sicherung nichts wissen. Er will die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Sicherung dem Strafrichter übertragen. Dieselbe soll erfolgen in Form eines Nachtragserkenntnisses unter Mitwirkung der Anstaltsdirektion, von Sachverständigen und des Verteidigers. Diese Frage ist ja im wesentlichen eine rein juristische und es haben sich infolgedessen die psychiatrischen Referenten wenig über sie geäußert. *Cramer* läßt die Frage in suspenso. *Leppmann* wünscht ein richterliches oder ähnliches Feststellungsverfahren und schließt sich *Liszt* insoweit an, als ihm ein Feststellungsverfahren, welches sich analog dem Entmündigungsverfahren in der ersten Instanz wenigstens vollzieht, bei dem ein besonderer Einzelrichter tätig ist, das sympathischste ist. Er möchte dieses Verfahren bei vermindert Zurechnungsfähigen an das Ende der Strafzeit verlegen.

In welcher Art soll nun die weitere Sicherung der Gesellschaft stattfinden?

Sie wird zum Teil in Verwahrung in einer Anstalt, zum Teil in Überwachung des außerhalb der Anstalt Befindlichen zu bestehen haben.

Was die Anstaltsbehandlung angeht, so verlangt *Kahl* die Errichtung großer zentralisierter Sicherungsanstalten, die durch mannigfache Gliederung in der Einrichtung in der Lage sind, den Eigentümlichkeiten ihrer Insassen in jeder Hinsicht gerecht zu werden. Im Gegensatze zu ihm will *Leppmann* von der Einrichtung sogenannter Zwischenanstalten absehen. Die Minderwertigen sollen je nach ihrer Eigenart, wenn sie der Anstalt bedürftig sind, der öffentlichen Anstalt für Geisteskranke, der Trinkerheil- und Bewahranstalt, der Arbeiterkolonie und der Nervenheilstätte übergeben werden. *Kahl* hat gegen *Leppmanns* Vorschlag gewichtige Bedenken erhoben.

Die Dauer der Anstaltssicherung soll sich nach *Krohnes* Vorschlag auf eine bestimmte Anzahl von Jahren, nämlich bis auf die Höchstdauer von zehn Jahren erstrecken, während die anderen Autoren im allgemeinen nicht für die Festsetzung eines bestimmten Zeitpunktes der Entlassung sind, sondern für Sicherung auf unbestimmte Dauer; die Entlassung soll von dem Zustande abhängig sein.

Da kommen wir nun weiterhin zu der Frage, welche Behörde soll über das fernere Schicksal der Minderwertigen und event. auch der Geisteskranken sorgen?

Kahl meint, das könne nicht der Richter, auch nicht die Justizaufsichtsbehörde sein, sondern es bedürfe einer besonderen Behörde, die den Versorgungsbedürftigen näher steht, denn die erforderlichen Entscheidungen können nicht aus den Akten, sondern nur aus der lebendigen Beobachtung und genauen Kenntnis der Persönlichkeiten heraus getroffen werden. Er fordert daher Schaffung selbständiger gemischter Behörden, die bestehen aus

Digitized by Google

dem Anstaltsdirektor, dem dirigierenden Arzt und fünf auf Zeit zu best menden Ehrenbeamten; er nennt diese Behörden Bürgerkommissionen. sollen die ständige Beaufsichtigung der internierten Minderwertigen üb nehmen, dagegen mit den inneren Anstaltsangelegenheiten nichts zu haben. Ihre Aufgabe wäre vor allem die Regelung der persönlichen Verh nisse und die individuelle Fürsorge. Sie hätten auch über das künf Schicksal: bedingte Entlassung, Widerruf der Entlassung, Entscheidung treffen und im Falle der Entlassung die Arbeitsvermittlung usw. zu üb nehmen. Auch *Leppmann* wünscht die Einsetzung einer besonderen r terlichen oder ähnlichen Feststellungsbehörde, die über die Entlassung meingefährlicher Geisteskranker und Minderwertiger zu entscheiden Während aber *Kahl* auch das fernere Schicksal nach der Entlassung sei Bürgerkommissionen anvertrauen will, entscheidet sich *Leppmann* für e Kontrolle durch beamtete Ärzte. Eine Polizeiaufsicht will *Leppmann* mit R vermeiden; sie ist einerseits nutzlos, weil die Polizeiorgane nicht das nö Verständnis für krankhafte Geisteszustände haben können, außerdem w die Polizeiaufsicht unter Umständen reizend auf den Beaufsichtigten kann ihn, wenn sie nicht mit der nötigen Vorsicht geschieht, leicht in sei Erwerbsverhältnisse stören. Der XXVII. Deutsche Juristentag spricht da auch nicht von Polizeiaufsicht, sondern von Gesundheitsaufsicht.

Ich habe in vorstehenden Ausführungen mich im wesentlichen da begnügt, Ihnen die Meinungen vorzuführen, die im Anschluß an die bei uns interessierenden Versammlungen geäußert sind und habe meine eig Meinung dabei möglichst unberücksichtigt gelassen. Gestatten Sie mir z Schluß kurz noch meinen eigenen Standpunkt wenigstens bezüglich ein Fragen darzulegen.

Nach meiner eigenen Überzeugung ist eine vermehrte Berücksichtig der leichten geistigen Störungen, die wir nicht unter § 51 St.G.B. rech können, mit Freuden zu begrüßen, aber nur unter der Voraussetzung. nicht durch die neue Reform unsere Begriffe von der Unzurechnungsfähig wie sie der ärztliche Sachverständige bisher zum Nutzen unserer Kran gehandhabt hat, erschüttert werden. Diese Gefahr liegt besonders nahe der Fassung der verminderten Zurechnungsfähigkeit im Sinne *Liszts* würde ich dessen Fassung daher nicht für annehmbar halten. Bei Fassung *Kahls* habe ich weniger Bedenken. Aber auch da weiß ich n ob es überhaupt nötig ist, um die gewünschten Zwecke zu erreichen. neue Kategorie Kranker zu schaffen. Die gewünschte Strafmilderung w sich wahrscheinlich wohl erreichen lassen durch eine Änderung der St milderungsbestimmungen und dadurch, daß der Richter auf etwaige kr hafte Momente in der psychischen Beschaffenheit des Täters, eventuell u Hinzuziehung von ärztlichen Sachverständigen, bei der Ermittelung des bestandes mehr als bisher achtet, auch wenn ihm der § 51 St.G.B. nich Betracht zu kommen scheint. Heute werden entsprechende Fragen dem ä lichen Sachverständigen meistens überhaupt nicht vorgelegt. Dann wär

Digitized by Google

nicht nötig, daß die aus psychischen Gründen milder Bestraften für die Dauer ihres Lebens mit dem Makel der Minderwertigkeit herumzulaufen hätten, was insbesondere für den harmlosen Teil derselben eine ungerechtfertigte Härte darstellen würde. —

Dem zweiten Gesichtspunkte, der hier eine sehr erhebliche Rolle spielt, nämlich dem Umstand, daß viele Minderwertige den bisherigen Strafvollzug nicht ertragen, ließe sich in der Weise Rechnung tragen, daß man überhaupt dem ärztlichen, psychiatrischen Einflusse im Strafvollzuge mehr Spielraum gewährt, als das bisher der Fall gewesen ist, und daß man die Ausscheidung der der Geisteskrankheit verdächtigen und der geisteskranken Elemente in höherem Maße beschleunigt. Das von *Leppmann* vorgeschlagene Recht des Strafanstaltsarztes auf die Beantragung der Ausscheidung aus dem Strafvollzuge und seine vermehrte Mitwirkung bei der disziplinaren Behandlung erscheint mir sehr wünschenswert. Ich habe im allgemeinen den Eindruck gewonnen, daß die aus der Untersuchungshaft stammenden Psychosen meist schneller und günstiger verlaufen, als die aus der Strafhaft hervorgegangenen. Das mag zum Teil an der Art der Psychosen liegen, zum anderen Teil liegt es aber auch wohl daran, daß die Ausscheidung der Psychosen in der Strafhaft mit größeren Schwierigkeiten verbunden ist. Ob nicht außerdem der Strafvollzug doch, wenn auch nur in einzelnen Anstalten oder Abteilungen, so eingerichtet werden kann, daß er sich der Individualität des Rechtsbrechers mehr anpaßt, erscheint mir der Untersuchung wert. Wenn die Auswahl der in diese Anstalten hineingehörenden Elemente doch erst erfolgreich in der Strafhaft selbst erfolgen kann, so kann ich nicht einsehen, daß es nötig wäre, die Wohltat der Verlegung in eine individuell geleitete Anstalt, die ja auch für den zum vollen Strafmaß Verurteilten wünschenswert sein kann, an die vorausgegangene gerichtliche Minderwertigkeitserklärung und mildere Bestrafung zu binden.

Der dritte für die Behandlung der Minderwertigkeit ins Feld geführte Gesichtspunkt, der von den meisten überhaupt in den Vordergrund gestellt wird, der der Sicherung der menschlichen Gesellschaft, wird wahrscheinlich ebenfalls besser auf breitere Grundlagen gestellt. Gemeingefährlich sind nicht bloß geisteskranke und geistig minderwertige, sondern auch vollsinnige Verbrecher. Es mag ja immerhin die Meinung nicht ganz unberechtigt sein, daß der mit antisozialen Instinkten ausgestattete Gewohnheitsverbrecher an sich eine species inferior des genus humanum ist. Das gewohnheitsmäßige Verbrechertum als solches soll aber nach der allgemeinen Auffassung durchaus noch nicht Grund zur Annahme der geistigen Minderwertigkeit sein. Wenn man mit dem Prinzipe, daß die Strafe die einzig statthafte Einwirkung gegen den Rechtsbrecher ist, brechen will, warum soll man dann solche Experimente zuerst mit den krankhaften Menschen, warum nicht zuerst oder wenigstens gleichzeitig mit den gesunden Gemeingefährlichen machen?

Sollte die verminderte Zurechnungsfähigkeit Gesetz werden, so wird es meines Erachtens nicht Recht, sondern Unrecht sein, wenn man diejenigen,

Digitized by Google

gegen die man Anstaltssicherung beschließt, vorher noch bestraft. Ganz abgesehen davon, daß man diese Personen der Gefahr psychischer Erkrankung durch die Haft aussetzt, erscheint die Strafe überflüssig, weil sie zwecklos ist, und es erscheint nur ungerecht, daß die menschliche Gesellschaft jemanden, den sie in rigoroser Weise auf längere Zeit verbannt, vorher noch empfindlich züchtigt. Eine Strafe nach der Sicherungshaft wäre erst recht meinem Empfinden nach zu verwerfen. Übrigens werden in dem Falle, daß tatsächlich eine Bestrafung der Minderwertigen nicht stattfinden soll, wie es auch von anderer Seite, namentlich von *Aschaffenburg*, gewünscht wird, dann die wesentlichsten Bedenken gegen die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit wegfallen, es kann dann den Geisteskranken nie eine besondere Gefahr aus ungerechter Verurteilung drohen, da sie ja dann, auch wenn sie tatsächlich fälschlich als Minderwertige angesehen werden, nicht ins Gefängnis, sondern in eine individuelle Behandlung kommen.

Was die Anstaltsversorgung der etwaigen gefährlichen Minderwertigen angeht, so ist es klar, daß dieselben im Falle besonderer Erkrankung in die entsprechenden Spezialheilanstalten hineingehören. Eventuell also würden die heilbaren Trinker in Trinkerheilanstalten, die psychisch erkrankten Minderwertigen in Anstalten für Geisteskranke zu bringen sein. Daß aber letztere Anstalten allgemein die Minderwertigen, mit denen man sonst nirgends hinweiß, aufnehmen sollen, scheint mir nicht angängig. Die „Irrenanstalt" ist eine Anstalt für Geisteskranke, und Geisteskranke sollen ja die Minderwertigen nicht sein, wie von allen Seiten betont wird. Man würde also um die Frage der Einrichtung besonderer Anstalten, wobei eventuell auch das koloniale Prinzip eine Rolle spielen könnte, nicht herumkommen.

Die geisteskranken Verbrecher und die rechtsbrecherischen Geisteskranken gehören dagegen beide in die Anstalten für Geisteskranke. Ob der Anstaltsaufnahme der rechtsbrecherischen Geisteskranken und verbrecherischen Minderwertigen generell eine Entmündigung vorauszugehen hat, erscheint mir sehr fraglich. In vielen Fällen, vor allem da, wo kein Vermögen vorhanden ist, ist sie überflüssig. Etwaige vorübergehende geschäftliche und persönliche Angelegenheiten können durch einen Pfleger erledigt werden.

Bürgerkommissionen im Sinne des *Kahl*schen Vorschlages können meines Erachtens durchaus segensreich wirken, es wird nur sehr darauf ankommen, wie sie zusammengesetzt sind und was für Machtvollkommenheiten sie erhalten werden.

Herr *Moeli* beantragt wegen vorgerückter Zeit die Diskussion über den Vortrag zu verschieben und im Januar 1905 hierzu eine Sitzung festzusetzen; den Mitgliedern soll der Vortrag gedruckt mit der Einladung zur Sitzung zugehen.

Der Antrag wurde angenommen. *Gock.*

Digitized by Google

114. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 28. Januar 1905.

Anwesend die Herren: *Adam*-Lichtenberg a. G., *Anker*-Lichtenrade, *Ascher*-Berlin, *Boedeker*-Schlachtensee, *Bratz*-Wuhlgarten, *Bunnemann*-Ballenstedt a. H., *Max Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Lichtenberg a. G., *Falkenberg*-Lichtenberg, *Fraenkel*-Lankwitz, *Gallus*-Potsdam, *Gock*-Landsberg a. W., *Guttstadt*-Berlin, *Hebold*-Wuhlgarten, *Junius*-Dalldorf, *Kalischer*-Schlachtensee, *Klippstein*-Dalldorf, *Kluge*-Potsdam, *Kortum*-Lichtenberg, *Laehr sen.*-Zehlendorf, *Hans Laehr*-Zehlendorf, *Max Laehr*-Haus Schönow, *Leppmann*-Berlin, *Lilienfeld*-Gr.-Lichterfelde, *Harry Marcuse*-Berlin a. G., *Martin*-Zehlendorf a. G., *Matthies*-Dalldorf, *Moeli*-Lichtenberg, *Munter*-Berlin, *Neisser*-Bunzlau, *Otto*-Lichtenberg, *Reich*-Lichtenberg, *Reip*-Arendsee, *Schmidt*-Herzberge a. G., *Scholinus*-Pankow, *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Lichtenberg, *Sklarek*-Dalldorf, *van Vleuten*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Charlottenburg, *Wandel*-Lichtenberg a. G., *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock, Laehr sen., Moeli.*

Vorsitzender: *Gock.*

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung und macht Mitteilung von dem Ableben des Mitgliedes Dr. *Martin Brasch*, Nervenarzt in Berlin, zu dessen ehrendem Gedenken die Anwesenden sich erheben.

Herr *Jastrowitz* demonstriert als Einleitung für einen später von ihm beabsichtigten größeren Vortrag über Dementia praecox, der zu eingehender Diskussion über diese Krankheitsfälle dienen soll, vier Fälle, die früher teils als Hebephrenie, teils als Paranoia hypochondrica mit Demenz und stereotypen Bewegungen bezeichnet wurden, jetzt aber meist als Dementia praecox mit katatonischen Symptomen gelten. Er bespricht, mit Rücksicht auf die beschränkte Zeit, nur in kurzen Zügen die Genese der sog. katatonischen Symptome.

(Der Vortrag wird später im Zusammenhang mit dem anderen ausführlich mitgeteilt werden.)

Diskussion über den Vortrag des Herrn *Reich*-Herzberge: Die anläßlich der Verhandlungen der internationalen kriminalistischen Vereinigung zu Stuttgart und des deutschen Juristentages zu Innsbruck vorgeschlagenen Maßregeln bezüglich „vermindert Zurechnungsfähiger“ oder „geistig Minderwerter“ und der sogenannten gemeingefährlich Geisteskranken.

Herr *Moeli*: Über vieles herrscht Einverständnis. Manches ist vorzugsweise juristischer Art, so die Frage, wann eine nachträgliche Sicherung auszusprechen sei u. ä. Die allerwichtigste Maßregel ist Ausdehnung der erziehlichen Fürsorge für die Jugendlichen. In zweiter Linie kommt durchgängige Anwendung gemilderten Strafvollzugs für

Digitized by Google

trotz psychischer Mängel oder Schwächen als zurechnungsfähig (milder) Verurteilte.

Bei allen Besprechungen und Verhandlungen ist an erster Stelle festzuhalten, daß es sich um Zurechnungsfähige handelt, welche die Merkmale der Deliktsfähigkeit ganz deutlich haben müssen, sonst sind sie zurechnungsfähig überhaupt nicht (*Kahl*).

Bei genügender Ausbildung besonderer Strafvollzugseinrichtungen und unter fachmännischer Aufsicht können derartige Personen dem (gemilderten) Strafvollzug zugeführt werden. Dies würde allgemein vorzuziehen sein. Bei hierfür gänzlich Ungeeigneten muß bezweifelt werden, daß der § 203 StrPO. oder § 51 StrGB. s. Z. mit Recht ausgeschlossen waren.

Mit Herrn *Leppmann* stimme ich für Einrichtung solcher Abteilungen für gemilderten Strafvollzug in Verbindung mit Gefängnissen. Eine „Sicherungsanstalt", welche sowohl zum Strafvollzug als auch zur nachherigen Verwahrung auf unbestimmte Zeit dienen soll, halte ich schon deshalb für weniger zweckmäßig, weil dabei die Trennung von Strafe und sichernder Verwahrung auf unbestimmte Zeit weder für den Betroffenen noch für das Publikum genügend hervortritt.

Die Sicherungsmaßregeln gegen die Gemeingefährlichen und Rückfälligen erfordern, abgesehen von Überwachung und Familienunterbringung, eigene Bewahranstalten von in Abteilungen abgestufter Geschlossenheit bis zu einer mehr offenen Fürsorge. Ausgiebige Beschäftigung, namentlich auch im Freien.

Ich habe eine Reihe von Personen, bei welchen verminderte Zurechnungsfähigkeit angenommen war, auf Wirkung solcher Maßregeln abgeschätzt. Die Anwendung der Formel: „Wenn verminderte Zurechnungsfähigkeit bestünde, läge sie hier vor!" im Gutachten hat für den Richter keinen Nutzen. Diese Kranken waren keineswegs sämtlich besonders störende Elemente, zum Teil jedoch schon nach nicht allzu langem Aufenthalt zu den bekannten Belästigungen und Entweichungen derart geneigt, daß auf längere Dauer hin nicht wenige dieser öfter Rückfälligen auf geschlossenen und genau überwachten Abteilungen bleiben mußten. Ein Teil, namentlich die älteren, würden aber auch in Sonderanstalten keine gefängnisartigen Maßregeln brauchen.

Trotz letzteren Umstandes ist die allgemeine Verwendung der Anstalten für Geisteskranke usw. zur sichernden Verwahrung solcher Personen auf unbestimmte Zeit zurückzuweisen. Gerade die störenden Elemente würden sich naturgemäß anhäufen. Auch bedürfen sie überhaupt anderer Maßregeln als sie einer Krankenanstalt, die auf Zwang ganz verzichten muß, zu Gebote stehen. Die wenigen unter den als zurechnungsfähig mit psychischen Mängeln oder Schwächen Verurteilten, welche einer Behandlung mit Aussicht auf Erfolg zugängig sind: Intoxikationen, Infektionen, Ernährungsstörungen, würden zweckmäßig alsbald in Spezialanstalten kommen, die Verwahrung der Gemeingefährlichen aus Sicherheitsgründen auf unbestimmte Zeit aber gehört nicht zur Aufgabe der Anstalt für Geisteskranke, Nervenkranke usw.

Digitized by Google

Mit Recht wird sie deshalb auch von *Kahl* u. a. abgelehnt. In Preußen stehen ihr außerdem Bestrebungen wie der Antrag *Schmedding* (auf Übernahme der Kosten für lediglich zum Schutze Anderer in der Anstalt Behaltene auf den Staat) gegenüber.

Auf die Frage der Entlassung aus den Bewahranstalten einzugehen, ist keine ärztliche Aufgabe.

Die längere Zurückhaltung nicht zurechnungsfähiger Personen in den Anstalten für Geisteskranke wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit von einem besonderen Verfahren abhängig zu machen, erscheint an sich erwünscht. Der jetzige Zustand ist wegen ungenügender Prüfuug der Verhältnisse ein unvollkommener. Die Feststellung namentlich des früheren Verhaltens des Kranken wird freilich auch dann öfter schwierig sein. Ob durch richterliches Urteil der Arzt zur Zurückhaltung (und vielleicht zu befürchtenden Schädigung) eines Kranken, von dem er keine Gesetzwidrigkeit mehr erwartet, gezwungen werden soll, ist mindestens sehr zu überlegen, wenn auch die Fälle nicht häufig sein werden.[1])

Jedenfalls ist bei Regelung der Angelegenheit eine Rekursinstanz und durchgreifender Einfluß der ärztlichen Auffassung vorzusehen. — Zusammengefaßt: Ausgedehnte Erziehungsfürsorge für die Jugendlichen, grundsätzliche Berücksichtigung geistiger Mängel oder Schwächen bei als zurechnungsfähig zu Verurteilenden, bei Schuld und Strafabmessung und in der Art der Strafvollstreckung. Für Gefährliche: Bewahranstalten, teils mit festem Abschluß, teils mehr zur Versorgung unter Aufsicht eingerichtet (s. Arch. f. Psych. Bd. 39).

Herr *Leppmann*: Daß Herr *Moeli* in so vielen Punkten grundsätzlich mit dem übereinstimmt, was ich betreffs Behandlung der Minderwertigen sowohl in der internationalen kriminalistischen Vereinigung als in meinem Gutachten zum Juristentage angeführt und durchgekämpft habe, ist mir eine große Genugtuung. Auch *Kahl* hat, wie der Wortlaut der von uns gemeinsam aufgestellten Leitsätze aus Innsbruck beweist, die Forderung jener Doppelanstalt für Strafvollzug und Sicherung fallen lassen.

Mein Programm für die Frage der Unterbringung der Minderwertigen hat einen Hauptpunkt, d. i. die strenge Trennung zwischen Strafe und Fürsorge. Man soll die Minderwertigen möglichst während der ganzen Strafdauer im Strafvollzuge belassen. Man soll sie während dieser Zeit ev. in Sonderabteilungen bringen, wo sie alle Erleichterungen haben, wo sie ev. ähnlich behandelt werden wie Kranke. Aber am Strafende oder schon vorher, wenn sie sich als absolut strafvollzugsunfähig erweisen, dann soll man sie der öffentlichen Fürsorge überweisen. Wie diese mit ihnen fertig wird, das muß das Experiment entscheiden. Bedauern würde ich, wenn grund-

[1]) Nachträgliche Anmerkung: Die Lage ist hier eine andere als bei Entlassung eines Kranken, dessen Entmündigung abgelehnt worden ist. Abgesehen davon, daß diese Person freiwillig in der Anstalt verbleiben kann, hört mit dem Austritt, event. trotz Abratens, die weitere Verantwortung auf.

Digitized by Google

sätzlich besondere Bewahranstalten errichtet würden. Denn das würden doch nur Irrenanstalten zweiter Klasse werden. Besser wäre es, man versuchte die Leute zu verteilen in Trinkeranstalten, Arbeiterkolonien usw. und verteilte den Rest in feste Annexe bereits bestehender Irrenanstalten.

Die Kostenfrage wird ja auch eine Rolle spielen, und ich halte es für selbstverständlich, daß die Organe der Fürsorge für diese neue Last vom Staate besondere Entschädigung erhalten. Nur möchte ich diese Personen nicht grundsätzlich anders behandelt sehen als sonstige Fürsorgungsbedürftige.

Was die Abhängigkeit der Entlassung von einem besonderen gerichtlichen Festsetzungsverfahren anbetrifft, so glaube ich nicht, daß die Ärzte mit ihrem Gewissen in Kollision kommen werden. Sobald durch eine gesetzliche Neuregelung dem Arzt der Entscheid darüber abgenommen wird, hört auch seine Verantwortung im Einzelfalle auf.

Herr *Neisser*-Bunzlau: Die Bewegung zugunsten einer andersartigen strafrechtlichen Behandlung psychisch minderwertiger Elemente, oder wie ich mit Herrn *Moeli* lieber sagen möchte, der für zurechnungsfähig erklärten Individuen, welche mit psychischen Schwächen oder Mängeln behaftet sind, stellt einen zweifellos freudig zu begrüßenden Fortschritt dar, so daß Bedenken im einzelnen mit Vorsicht zu äußern sind, um die ganze Reform nicht zu gefährden. Ich wollte deshalb eigentlich nicht das Wort ergreifen, aber wenn der Herr Vorredner, dessen Verdienste um die Förderung der Frage ich rückhaltlos anerkenne, mit seinem Einfluß und seiner Beredtsamkeit den Standpunkt zu proklamieren sucht, als könnten die öffentlichen Irrenanstalten diese neue Last ohne weiteres auf sich nehmen und bewältigen, so muß demgegenüber erklärt werden: Das ist ganz bestimmt nicht der Fall, das können die Irrenanstalten nicht und das darf ihnen nicht aufgebürdet werden, weil man ihren Charakter dadurch völlig ändert und ihre Leistungsfähigkeit als Heilanstalten geradezu untergräbt.

Nicht darin würde ich das Bedenken sehen — und in diesem Punkte differiere ich von Herrn *Moeli* —, daß die hier in Frage kommenden Individuen nach dem Gerichtsbeschluß nicht als Geisteskranke sensu strictiori anzusehen sind; das würde uns nicht zu stören brauchen; begrüßen wir es doch sogar als einen Fortschritt, daß freiwillige Pensionäre eintreten, daß auch offene Abteilungen und Nervenstationen den Anstalten angegliedert werden. Und zudem deckt sich doch strafrechtliche Unzurechnungsfähigkeit nicht mit Anstaltspflegebedürftigkeit; die eine kann verneint, die andere bejaht werden.

Das, was ich gegen die Verwendung der Irrenanstalten zur Detention der „Minderwertigen" einzuwenden habe, das ist die dann notwendige einseitige Hervorkehrung des Sicherungszweckes. Und das ist ein Punkt, welcher auch bei den seit Jahren geführten vielen Diskussionen über die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher meines Erachtens nicht scharf genug herausgehoben zu werden pflegt, weshalb ich noch einen Augenblick dabei verweilen möchte.

Digitized by Google

Die Schwierigkeiten und die Unzuträglichkeiten, die aus der Anhäufung verbrecherischer Elemente in den Irrenanstalten entspringen, werden gewöhnlich nach zwei Richtungen vornehmlich begründet. Erstens sei es den unbescholtenen Kranken nicht ohne weiteres zuzumuten, mit verbrecherischen Elementen in enger Gemeinschaft ihr Leben zu verbringen, und zweitens und hauptsächlich wird auf die störenden antisozialen Eigenschaften der Kriminellen oder doch eines erheblichen Bruchteiles derselben hingewiesen, insbesondere auf ihre gefährliche Brutalität und ihr Raffinement, ihre Neigung zur Lüge, zur Verhetzung, zum Komplottieren und Revoltieren, Eigenschaften, welche sie oft genug zu einer schweren Plage für die Anstalten machen. Ganz gewiß sind beide Gesichtspunkte sehr gewichtig. Was den ersteren anlangt, so ist es in der Tat wohl nur durch die Unbekanntschaft mit den tatsächlichen Verhältnissen zu erklären, daß nicht erheblich öfter und energischer von seiten der Angehörigen über die Vermischung ihrer Kranken mit allerhand schweren Verbrechern Lärm geschlagen wird. Immerhin aber ist dies ein Gesichtspunkt, welcher im Grunde genommen die Irrenärzte nicht näher zu berühren braucht als das Publikum. Und was den zweiten Punkt anbetrifft, nämlich die Schwierigkeit, welche durch die Gefährlichkeit und besondere Artung der Kriminellen bedingt wird, so bin ich weit entfernt davon, dieselbe zu unterschätzen. Aber ich bin doch nicht ganz sicher, ob bei zweckmäßiger Verteilung der betreffenden Individuen und *vorausgesetzt, daß nicht außerdem Überfüllungszustände in der Anstalt herrschen*, das Übel nach *dieser* Richtung hin *so* groß ist, daß es als unerträglich bezeichnet werden muß. Ob eine genügende Verteilung möglich ist, kann nur durch sehr gründliche statistische Erhebungen entschieden werden. Mir sind solche zuverlässige Zahlengrundlagen nicht bekannt — die in der letzten einschlägigen *Heilbronner*schen Arbeit gegebenen halte ich nicht für ausreichend, schon deshalb nicht, weil nur die aus dem Strafvollzuge, nicht aber die direkt auf Grund des § 51 StrGB. oder auf Grund des § 203 StrPO. den Irrenanstalten überwiesenen Kranken berücksichtigt sind —, ich muß also diese Frage offen lassen. Erheblich wichtiger aber scheint mir ein anderer, scheinbar sogar fast entgegengesetzter Gesichtspunkt zu sein und diesen möchte ich hier in den Vordergrund rücken: das ist nämlich der Umstand, daß viele dieser Individuen *nicht* durch ihre Psychose selbst, nicht durch die Symptome derselben gefährlich sind, sondern daß vielmehr ihre Gefährlichkeit durch ihren Lebenswandel und ihre Handlungsweise *vor ihrer Erkrankung* und mehr oder weniger unabhängig von letzterer bedingt wird, *wodurch Art und Charakter der Detention* ein *völlig anderes, dem sonstigen Anstaltsprinzip fremdes, oft genug direkt zuwiderlaufendes Gepräge erhält*. Während sonst im allgemeinen bei den Geisteskranken und namentlich gerade bei denen, die durch Aufregungszustände gefährlich sind, Therapie und Sicherung in ihren Mitteln zusammenfallen (Bettlage, Bäder, Narkotika usw.), liegt hier vielfach ein ganz anderes Verhältnis vor. Wir haben hier oft für die Therapie gar

Digitized by Google

keinen Angriffspunkt, es gilt vielmehr in erster Linie ihre Entweichung zu verhindern und wir können dies meist nur durch eine Form der Unterbringung ermöglichen, welche wir geradezu verwerfen und mißbilligen würden, wenn wir lediglich den psychischen Krankheitszustand berücksichtigen möchten. Es bleibt uns nichts übrig, als auch die luciden Elemente unter ihnen und gerade diese unter Umständen jahrelang auf den geschlossenen Abteilungen zu halten, selbst unter unsauberen und verwirrten Kranken, und wir sind gezwungen, ihnen die vom ärztlichen Standpunkte durchaus erforderte Bewegungsfreiheit und Arbeitsmöglichkeit zu versagen, bloß deshalb, weil sonst die Gefahr besteht, daß sie in die Freiheit gelangen und dort wieder Diebstähle, Einbrüche, Betrügereien usw. verüben, ohne daß sie dafür strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden könnten. Und während sie auf diese Weise einerseits selbst zum großen Teile ungeeignet untergebracht sind, erschweren und gefährden sie zugleich die Behandlung der anderen Kranken und verändern den Charakter des Abteilungsdienstes und der Krankenpflege zunächst schon durch ihre bloße Anwesenheit, wodurch die Belegziffer der festen Abteilungen eine unverhältnismäßige Höhe erreicht. Denn wenn es auch, wie nicht geleugnet werden soll, unter den „unbescholtenen" Kranken solche gibt, bei welchen der Arzt durch mehr oder weniger lange Zeit zur traurigen Rolle des einfachen Kerkermeisters verurteilt ist, so haben doch die verschiedenen psychischen Krankheiten ihr gesetzmäßiges Verhältnis der Häufigkeit und im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Kranken treten diese Formen an Bedeutung dermaßen zurück, daß der Charakter des Anstaltsganzen nicht durch diese bestimmt wird. Dieses Verhältnis wird aber schon jetzt an manchen Anstalten, beispielsweise in Bunzlau, arg verschoben durch die große Anhäufung krimineller Elemente, und dieser Gesichtspunkt, welchen ich für den wichtigsten halte bei der Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, ist es, welcher die entschiedenste Abwehr herausfordert, wenn nunmehr geplant wird, die Irrenanstalten noch mit der Festhaltung der Minderwertigen, um einmal diesen zusammenfassenden Ausdruck zu gebrauchen, zu belasten.

Denn, meine Herren, darüber kann ein Zweifel gar nicht bestehen nach meiner Ansicht, daß die Zahl dieser Individuen, welche der Anstalt zur Festhaltung übergeben werden würden, alsbald eine außerordentlich große sein würde. Das wird ganz ebenso sicher der Fall sein, wie sich dies bei dem Inkrafttreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes sofort weit über die Erwartung maßgebender Kreise gezeigt hat, und allein schon durch dieses Zahlenverhältnis würde der ganze Charakter der Anstalten gewandelt werden und zwar in bedauerlichster Weise zum schlechteren gewandelt werden. Und wenn Herr *Leppmann* nun versichert, daß diese Elemente gar nicht so schlimm seien, daß er sich ganz gut zutraue, auf seiner Abteilung mit denselben „fertig" werden zu können, so glaube ich dies ohne weiteres, ich würde es auch glauben, wenn ein weniger sicherer und bewährter Praktiker zu uns spräche. Herr *Leppmann* vergißt aber, unter wie erheblich

Digitized by Google

günstigeren Bedingungen er für solche Zwecke arbeitet. Für die Sicherung sorgen bei ihm die ganzen örtlichen Einrichtungen, wie sie durch die Angliederung an die Strafanstalt bedingt sind, und im Vergleich mit dem normalen Strafvollzuge, aus welchem ihm die Leute unmittelbar überwiesen werden, haben sie den Fortschritt einer mehr individualisierenden und verständnisvollen Behandlung: dabei aber — und das ist das Wichtigste — ist die Zeit ihres Aufenthaltes dort eine von vornherein begrenzte, absehbare, und das macht für die psychologische Stellungnahme der Betroffenen, für ihre Stimmung und ihr Betragen einen ganz kolossalen Unterschied aus, wie jeder zugeben wird. Aber, meine Herren, darin möchte ich nicht mißverstanden werden: die Schwierigkeit der einzelnen Elemente ist es nicht, die mich schreckt: „fertig" werden auch wir mit ihnen werden, das ist kein Zweifel; wir können das aber nur leisten bei Anpassung der ganzen Anstalt an den Sicherungszweck und diese kann nur statthaben auf Kosten und zum schweren Schaden unserer anderen Kranken.

Herr *Moeli* stimmt Herrn *Neisser* darin bei, daß diese Leute bei einer ihnen als Willkür erscheinenden unumgrenzten Dauer des Anstaltsaufenthaltes anders werden, und zweitens, daß sie in den Anstalten hängen bleiben und diese überfluten würden. Von Herrn *Leppmann* unterscheidet er sich gar nicht so sehr. Wenn derselbe sage, die Trinker schieben wir dorthin, die Siechen dorthin usw., so gebe er damit zu, was *M.* gesagt habe, daß allgemein die Zurechnungsfähigen nicht in die gewöhnlichen Anstalten für Geisteskranke gehören. Dann dürfen letztere auch nicht lediglich zum Sicherungszwecke gegen einen Teil dieser Personen benutzt werden. Die Trennung von den Geisteskranken halte er vorläufig für nötig. Die Sachen wären noch sehr im Fluß.

Herr *Kluge*-Potsdam: Es bedarf bei der Frage nach der Verbringung der Minderwertigen der Punkt besonderer Berücksichtigung, wo die jugendlichen Minderwertigen belassen werden sollen. Für diese dürfte die Unterbringung in besondere Abteilungen der Irrenanstalten doch wohl nicht der richtige Platz sein, vielleicht dürften diese gerade am besten in besonderen Anstalten unterzubringen sein.

Herr *Leppmann:* Meinen grundsätzlichen Standpunkt möchte ich nicht noch einmal wiederholen; ich glaube, Herr Kollege *Neisser* sieht die Sache als zu schwierig an. Es bleibt ja schließlich jeder Provinz unbenommen, sich ähnliche Sicherheitseinrichtungen zu schaffen wie wir. Außerdem ist doch die Unterbringung dort keine unbegrenzte. Wenn erst die Minderwertigen sehen werden, daß von ihrem Wohlverhalten ihre Freiheit abhängt, werden sie nicht so ungeberdig sein, wie sie sich Herr *Neisser* denkt.

Wir Irrenärzte haben als Anstaltsärzte doch schließlich eine doppelte Pflicht, deren Erfüllung wir nicht nach der einen Seite zu sehr verschieben müssen. Wir sollen nicht allein das Interesse unserer Pflegebefohlenen wahren, nein, auch das Interesse der Gesamtheit, welche wir vor Schäden durch Geisteskranke zu schützen haben. Ebenso muß unser Standpunkt gegenüber den Minderwertigen sein.

Digitized by Google

Herr *Max Edel*-Charlottenburg: „Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma ins Handelsregister eintragen zu lassen?"

Meine Herren! Die Frage, ob Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet sind, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen, hat zurzeit eine aktuelle Bedeutung gewonnen. Es mag dies manchem befremdlich erscheinen, welcher diesem Gegenstand noch keine Beachtung zu schenken brauchte und dessen eingedenk ist, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes eine freie Kunst, eine ars liberalis ist.

An unsere und die *Kahlbaum*sche Anstalt in Görlitz ist in den letzten Jahren die gerichtliche Aufforderung zur Eintragung in das Handelsregister ergangen. Dasselbe werden voraussichtlich in nächster Zeit weitere Privatkrankenanstalten erfahren. Wie ich höre, ist auch bereits gegen eine andere größere Irrenanstalt ein derartiger Antrag gestellt worden. Obwohl der in unserem Prozesse ergangene Kammergerichtsbeschluß kurz in politischen und Fachzeitungen mitgeteilt wurde, glaube ich doch, daß ein näheres Eingehen auf die aufgeworfene Frage von ärztlicher Seite hier interessieren dürfte. Wenn ich das Thema daher zur Sprache bringe, so geschieht es, um die diesbezügliche Rechtslage zu erörtern und irrtümlichen Anschauungen der Handelskammer über ärztliche Dinge entgegenzutreten. Bei den juristischen Fragen bin ich in dankenswerter Weise von Herrn Rechtsanwalt Dr. *Friedländer* in Charlottenburg unterstützt worden. Ich schicke voraus, daß die Gerichtsentscheidung in der *Kahlbaum*schen und unserer Anstalt zu entgegengesetzten Resultaten geführt hat, indem wir von der Verpflichtung zur Eintragung unserer Firma ins Handelsregister freigekommen sind, während Herr Dr. *Kahlbaum*, wie er die Freundlichkeit hatte uns mitzuteilen, laut Beschluß des Kammergerichts vom Mai 1902 verpflichtet worden ist, seine Anstalt ins Handelsregister eintragen zu lassen. Sich zu Kaufleuten bezw. zu Großkaufleuten zu rechnen, ist zwar nichts weniger als eine Schande, jedoch werden wir Ärzte es vorziehen, auch als Anstaltsbesitzer in rein wissenschaftlichem Ruf zu stehen. Alle Ärzte sind zwar insoweit Gewerbetreibende im Sinne der Gewerbeordnung, als sie einer gewerbepolizeilichen Approbation und die Unternehmer einer Privatkrankenanstalt, insoweit als sie einer polizeilichen Genehmigung bedürfen. Der § 4 Nr. 7 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 spricht aber ausdrücklich aus, daß die Ausübung des Berufs als Arzt nicht der Gewerbesteuer unterliegt. Demnach müßte man eigentlich denken, daß auch die ärztlichen Inhaber der Privatkrankenanstalten von der Gewerbesteuer freigeblieben wären. Dem ist aber bekanntlich nicht so, weil von den Gerichten längere Zeit das Überwiegen der Erwerbszwecke angenommen wurde. Erst in den letzten Jahren sind die meisten Kliniken und Heilanstalten von der Gewerbesteuer befreit worden und zwar auf Grund einer Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts, daß eine Heilanstalt gewerbefrei ist, wenn sie von einem Arzt lediglich zum Zweck der Ausübung des ärztlichen Berufes oder zu wissenschaftlichen Zwecken unter-

Digitized by Google

nommen, nicht aber beabsichtigt wurde, aus der Unterbringung und Verpflegung der Kranken, sowie aus dem ökonomischen Betrieb Gewinn zu erzielen (Entscheidung des Kgl. Oberverwaltungsgerichtes in Staatssteuersachen III. Bd. S. 250ff.). Als eine der ersten Irrenanstalten ist die des Herrn Geheimrat *Laehr* in Zehlendorf für gewerbesteuerfrei erklärt worden mit der Begründung, daß der Anstaltsbetrieb nur der Ausübung des ärztlichen Berufes des Leiters dient und daß eine erfolgreiche Heilung von Geistes- und Nervenkrankheiten nur in einer Anstalt geschehen könne, deren oberste Leitung einem Spezialirrenarzt untersteht (Urteil des Kgl. Oberverwaltungsgerichts vom 3. April 1902 in Sachen des Geheimrat *Laehr*).

In inniger Beziehung zur Gewerbesteuerangelegenheit steht die Frage, ob ein Krankenhaus ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des Handesgesetzbuches ist. Dieses gibt die Grundlage für die eventuelle Pflicht der Eintragung in das Handelsregister. Die in Betracht kommenden Paragraphen sind § 1 und 2 des HGB. Der § 1 desselben sagt, „daß Kaufmann ist, wer ein Handelsgewerbe betreibt" und definiert dann näher, was als Handelsgewerbe gilt. Daß Ärzte als Inhaber von Krankenanstalten gemäß dieses § 1 zu Kaufleuten zu machen sind, erscheint selbst dem Gericht ausgeschlossen, denn die Anschaffung und Verabfolgung von Nahrungs- und Genußmitteln an Kranke ist lediglich ein Mittel zum Zwecke des Betriebes der Heilanstalt. Anders steht es mit dem § 2. Dieser lautet: Ein gewerbliches Unternehmen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert, gilt, auch wenn die Voraussetzungen des § 1 Absatz 2 nicht vorliegen, als Handelsgewerbe im Sinne dieses Gesetzbuches, sofern die Firma des Unternehmers in das Handelsregister eingetragen worden ist. Der Unternehmer ist verpflichtet, die Eintragung nach den für die Eintragung kaufmännischer Firmen geltenden Vorschriften herbeizuführen. Dieser § 2 kann nun auch auf Ärzte als Inhaber von Krankenanstalten unter Umständen gerichtlich in Anwendung gebracht werden, wie Sie aus dem Hergang der von Dr. *Kahlbaum* und uns geführten Prozesse ersehen werden. Aus *Johow Rings* Jahrbuch, Entscheidungen des Kammergerichts, Bd. XXI A S. 247ff., entnehme ich, daß die beiden Doktoren *Kahlbaum* im Jahre 1901 vom Amtsgericht in Görlitz aufgefordert wurden, ihre Eintragung ins Handelsregister zu bewirken. Der Einspruch der Ärzte wurde mit Rücksicht auf ihr Zugeständnis, daß ihr Unternehmen einen Geschäftsbetrieb mit nach kaufmännischer Art geführten Büchern erfordere und mit Rücksicht auf die Tatsache, daß sie noch Gewerbesteuer entrichteten, verworfen. Diese Entscheidung wurde vom Landgericht aufgehoben, weil nicht erwiesen sei, daß sie abgesehen von der Buchführung einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb hätten, daß insbesondere eine Aufbewahrung der eingehenden und eine Kopierung der ausgehenden Briefe stattfinde, ein Kontrollpersonal beschäftigt werde, die einzelnen Betriebszweige gesondert seien usw. Da die Tätigkeit der Ärzte eine wissenschaftliche sei, würde der Gewinn durch einen höheren als kaufmännischen Charakter erzielt. Der weiteren

Digitized by Google

Beschwerde der Handelskammer gegen diesen Beschluß wurde vom Kammergericht stattgegeben. Ebenso wie in unserem Fall wurde die Sache zur anderweitigen Erörterung und Entscheidung an das Amtsgericht zurückverwiesen, indem festgestellt wurde, daß unter gewissen Umständen eine Privatkrankenanstalt wohl ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des Handelsgesetzbuches sei und daß es näherer tatsächlicher Feststellung der Anstaltsverhältnisse bedürfe, um die Frage im einzelnen Fall zu entscheiden.

In unserem Fall bestritten wir, gleichfalls nach Aufforderung durch das Amtsgericht zur Eintragung unserer Firma ins Handelsregister infolge Antrages der Handelskammer vom 20. November 1902, ein gewerbliches Unternehmen zu betreiben. Die Handelskammer erwiderte u. a., wir nähmen auch unheilbare Kranke zu dauernder Detention auf und es würde auf die Beherbergung und Verpflegung der Kranken mehr Gewicht gelegt als auf die ärztliche Behandlung.

Das Registergericht wies den Antrag der Handelskammer zurück, weil der Anstaltsbetrieb nur der Ausübung des ärztlichen Berufes des Leiters diene. Die Kranken würden uns nicht lediglich zur Verpflegung und Unterkunft übergeben, sondern um durch den Leiter, beziehungsweise den von ihm ausgewählten Ärzten sachgemäß behandelt zu werden.

Auch die unheilbaren Kranken bedürften zur Erleichterung ihrer Leiden sorgsamster ärztlicher Beobachtung und Fürsorge. Eine Beschwerde der Handelskammer wies das Landgericht zurück, weil es den Standpunkt vertrat, daß der § 2 des Handelsgesetzbuches auf den Arzt als Inhaber eines Sanatoriums unanwendbar sei. Dieser Auffassung trat das Kammergericht nach weiterer Beschwerde der Handelskammer auf Grund der Fassung und Entstehungsgeschichte des § 2 nicht bei. Die Ausübung des ärztlichen Berufes ist nach dem allgemeinen, auch bei der Auslegung des § 2 des HGB. zugrunde zu legenden Sprachgebrauch kein gewerbliches Unternehmen. Daraus folge aber nur, daß auch der Anstaltsbetrieb kein solcher ist, wenn er lediglich in Ausübung des ärztlichen Berufes des Unternehmers und zum Zwecke dieser Ausübung, insbesondere zu Lehrzwecken, als Grundlage für die eigene Fortbildung oder behufs sachgemäßer ärztlicher Behandlung der Kranken durch den Inhaber der Anstalt stattfindet. Auch dann sei ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des HGB. nicht vorhanden, wenn die Anstalt einen erheblichen Gewinn ergibt, oder wenn die ärztliche Behandlung der Kranken nicht ausschließlich von dem Inhaber der Anstalt, sondern mit Unterstützung anderer, z. B. von ihm angestellter Ärzte, besorgt wird. Dagegen liege ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des HGB. vor, wenn nicht die Ausübung des ärztlichen Berufes des Anstaltsunternehmers und der dadurch erzielte Gewinn, sondern die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die dadurch erzielte Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebs bilde und wenn namentlich die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von anderen, z. B. den von ihm angestellten Ärzten, den Hausärzten der einzelnen Kranken oder

Digitized by Google

angesehenen Spezialärzten ärztlich behandelt würden. Durch diesen Kammergerichtsbeschluß vom 9. November 1903 wurde die Sache zur anderweitigen Erörterung an das Amtsgericht zurückverwiesen. Dieses beschloß am 17. Oktober v. Js., den Antrag der Handelskammer erneut abzulehnen. Es wurde u. a. ausgeführt, daß die ärztliche Tätigkeit des Anstaltsinhabers, wie es bei den Leitern von großen, sei es öffentlichen, sei es privaten Anstalten stets der Fall ist, sich im allgemeinen nur auf die Leitung der ärztlichen Behandlung erstrecken könne. Die Besorgung des wirtschaftlichen Betriebes neben den ärztlichen Verrichtungen wäre nicht geeignet, die Tätigkeit als eine gewerbliche erscheinen zu lassen, da sie in den Verhältnissen der Anstalt begründet und auch bei öffentlichen Krankenanstalten sehr häufig vereint wäre. Die wesentlichste Voraussetzung des § 2, das Erfordernis eines in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetriebes, liege gleichfalls nicht vor. Aus der Notwendigkeit einer genauen Buch- und Kassenführung folge nicht, daß der Betrieb in kaufmännischer Weise eingerichtet sein muß, daß namentlich kaufmännische Buchführung und Behandlung der Korrespondenz geboten ist, denn die kaufmännischen Einrichtungen wären nicht das einzige Mittel zur Aufrechterhaltung der Ordnung eines wirtschaftlichen Betriebes, wie ja auch die sehr genaue Rechnungsführung der staatlichen und sonstigen öffentlichen Anstalten meist nicht in kaufmännischer Art eingerichtet ist.

Durch die vorhergehenden Beschlüsse sind bereits einige irrtümliche Ansichten der Handelskammer berichtigt worden.

So die wiederholt ausgedrückte Anschauung, daß unheilbare Geisteskranke wenig oder gar keiner ärztlichen Behandlung bedürften. Mit derselben Berechtigung könnte die Handelskammer behaupten, daß auch unheilbare Lungen- oder Krebskranke keiner ärztlichen Behandlung bedürften. Die Haltlosigkeit dieser und anderer Behauptungen brauche ich in diesem Kreis nicht auseinanderzusetzen.

Über die wesentliche Rolle, welche der ärztlichen Tätigkeit des Inhabers oder der Inhaber einer solchen Anstalt zukommt, scheint die Handelskammer insbesondere schlecht unterrichtet zu sein. Z. B. scheint ihr entgangen zu sein, daß die psychische Einwirkung des Direktors auf die Patienten sehr ins Gewicht fällt, daß überhaupt die ärztliche Oberleitung in seiner Hand ist, daß er tägliche Krankenbesuche auf einer oder der anderen Abteilung macht, tägliche Konferenzen mit den Ärzten und Oberwartpersonal abhält und von sämtlichen Krankheitszuständen informiert sein muß, um Behörden und Angehörigen jederzeit Auskunft geben zu können, daß die gutachtliche Tätigkeit einen breiten Raum einnimmt, daß die Anordnungen über Verlegungen von Patienten und Pflegepersonal wichtige ärztliche Maßnahmen sind, die dem dirigierenden Arzt in der Regel vorbehalten bleiben.

Diese wesentliche Rolle der ärztlichen Tätigkeit des Anstaltsinhabers bleibt bestehen, auch wenn gleichzeitig in seiner Hand die wirtschaftliche Leitung des Betriebes liegt.

Digitized by Google

Das möchte die Handelskammer zwar nicht anerkennen, aber doch ist die Vereinigung der ärztlichen und wirtschaftlichen Tätigkeit des Anstaltsleiters heutzutage ein anerkannt richtiges Prinzip und zwar im Interesse der Kranken. Es wird auch in öffentlichen Anstalten Deutschlands befolgt und als Fortschritt gegenüber anderen Staaten angesehen, welche dieses Prinzip noch nicht befolgen. Schon die wichtige Krankendiät wird bei dieser Methode am besten durchgeführt. Was würden z. B. die ärztlichen Inhaber von Anstalten für Magen- und Stoffwechselkrankheiten, um gar nicht von Irrenanstalten zu reden, dazu sagen, wenn ihre Tätigkeit in der Bestimmung und Überwachung der Krankendiät weniger als eine ärztliche Funktion als eine zur Verpflegung der Kranken gehörige von der Handelskammer angesehen würde? Unsere Geisteskranken aber — und wir bekommen erfahrungsgemäß fast nur schwere Fälle in die Anstalten, die in den Familien nicht mehr gehalten werden können, sind eben nur in Anstalten ärztlich zu behandeln und müssen daher auch dort wohnen und verpflegt werden. Die Verpflegung der Kranken an sich ist oft genug mit Schwierigkeiten verknüpft, welche ärztliche Maßnahmen, z. B. Sondenfütterung, erfordern. Sie bildet einen wichtigen Faktor zur Heilung der Kranken durch Hebung ihres Ernährungszustandes und läßt sich daher schwerlich von der ärztlichen Tätigkeit trennen. Dasselbe gilt von der Gewährung des Aufenthalts in einem Krankenhaus im allgemeinen, da der Kranke dort therapeutische Einrichtungen aller Art vorfindet, welche er in der Häuslichkeit nicht haben kann. Demnach werden meines Erachtens kaum ärztlich geleitete Anstalten bestehen, bei denen die Voraussetzungen des § 2 des Handelsgesetzbuches tatsächlich zutreffen, daß es sich um ein gewerbliches Unternehmen handelt, welches nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert. Denn die meisten derartigen besonders eingerichteten Anstalten bezwecken nur die wenn auch mit Gewinn verknüpfte sachgemäße ärztliche Behandlung, Verpflegung und Wartung der Kranken, ohne die Absicht zu verfolgen, lediglich aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt derselben Gewinn zu erzielen und ohne daß die Notwendigkeit der kaufmännischen Einrichtung des Betriebes vorliegt. Es wäre wünschenswert, daß die Handelskammer jedenfalls ärztliche Sachverständige vor Stellung derartiger Anträge zu Rate zieht, im Interesse des ärztlichen Standes aber am besten von der Eintragung unserer ärztlich geleiteten Anstalten in das Handelsregister Abstand nimmt, um sie nicht durch juristische Auslegungen auf eine Stufe mit gewerblichen Unternehmungen zu stellen.

Gock.

Digitized by Google

Literatur.

ss, Kriminalpsychologie. 2. Auflage. Leipzig 1905. Vogel. 701 S.

Der Titel ist leicht irreführend. Unter Kriminalpsychologie verstehen gewöhnlich die Kenntnis der Psyche beim Verbrecher; davon ist in obigem e nur relativ wenig die Rede und nur einseitig. Es befaßt sich vielmehr der Psychologie der bei jeder gerichtlichen Vernehmung anwesenden onen, also der Richter, Geschworenen, Beschuldigten und Zeugen. Der Titel te also besser: Psychologie der Aussage, oder noch richtiger nehmungspsychologie lauten. Doch das ist ein irrelevanter Punkt! ptsache ist, daß das ganz ausgezeichnete Buch nicht nur für den Richter höchstem Belang ist, sondern auch für den Psychologen und Psychiater größtem Interesse. Wenn natürlich auch alles auf die Vernehmungszustände spitzt ist, so wird uns doch so viel der Alltagspsychologie mitgeteilt, in keinem Lehrbuche der Psychologie. Unterstützt wird das Gesagte durch tische Beispiele eigener und fremder Erfahrung. und eine ungeheure senheit, gepaart mit echt philosophischer Durchdringung des Gegenstandes, uns überall entgegen. Man bewundert das immense Wissen des Verfassers, t zum wenigsten auf naturwissenschaftlichem und psychiatrischem Gebiet. gewissenhaften Richter muß es förmlich schwindlig werden, wenn er zahllosen Klippen dargelegt sieht, die er bei der Vernehmung zu beachten und der Nichtjurist wird staunen, wieviel der Psychologie für ihn hier ist. Daß bei einer so riesigen Materie auch Meinungsverschiedenheiten zeigen werden, ist klar, doch dürfte das immer bloß untergeordnete kte betreffen. Dem Juristen werden nicht am wenigsten die praktischen chläge des geistreichen Verfassers gefallen.

Nur einige wenige Punkte seien hier hervorgehoben. Gleich zu Anfang mit Recht hervorgehoben, daß vom Zeugen viel mehr Erschlossenes als bachtetes geboten wird: Das Institut der Geschworenen wird geringschätzig andelt, ebenfalls mit vollem Rechte, wie ja auch sehr viele Juristen da- en sind. Als die einzigen Triebfedern der Menschen, auf die man sich s und unbedingt verlassen kann, werden Egoismus, Faulheit und Eitel- bezeichnet. Überall wird die Notwendigkeit der Heranziehung eines

Digitized by Google

Sachverständigen, sobald über irgend eine Sache Zweifel besteht. betont. *Lombrosos* Lehren werden fast überall bekämpft, wie auch die unausrottbare Neigung der Leute, Analogie mit Identität zu verwechseln. Den Juristen sagt Verf. bittere Wahrheiten: „die wirklich um der Rechtswissenschaft willen Jus studieren, das sind Ausnahmen". Auf die Physiognomik legt Verf vielleicht ein zu großes Gewicht. Verf. kennt Fälle von willkürlichem Erbleichen. Beim Erröten ist das ja bekannter. Letzteres beweist an sich weder Schuld noch Unschuld. Eins der besten Kennzeichen für den Charakter eines Menschen sind seine Vergnügungen. Freunde und Bekannte kennen nie einen Menschen so, wie Dienstboten usw. Das möchte Ref. doch ernstlich bezweifeln! Auch glaubt Ref. nicht, daß in der Angst sich stets die Haare sträuben und das plötzliche Erbleichen derselben ist wohl noch lange nicht über allen Zweifel erhaben. Sehr wichtig ist die Bemerkung, daß das Geständnis nur ein Beweismittel — und als solches nur, wenn klare Motivierung vorliegt —, nicht ein Beweis, daher an sich weiter zu prüfen sei. Für den Juristen ist Induktion stets gefährlich, am meisten das Arbeiten mit Analogien. Eine Definition für „Beweis" gibt es nicht, und jede Wissenschaft stellt hierin andere Ansprüche. Alles Wissen ist nur subjektiv, nur unsere Überzeugung. Selten ist eine Wahrnehmung „rein", sondern meistens laufen in ihr gleichzeitig Urteile mit unter. Das Urteil des Sachverständigen ist besser als das des Laien, seine Auffassung dagegen meist einseitiger (? Ref.) Mit Recht meint Verf., daß man nicht ohne weiteres die Anzeige eines entmündigten Querulanten beiseite lassen sollte, weil auch sie noch Wahres enthalten könne. Die fruchtbarste Seite des Gedächtnisses ist die unbewußte, d. h. unbewußtes Reproduzieren. Für wichtige Begebnisse haben Halbblödsinnige ein relativ gutes Gedächtnis. Fiebernde Kranke sagen oft richtiger aus, als nach dem Fieber. Ein Teil der Paramnesien läßt sich vielleicht durch Träume erklären. „Die Frau ist nicht besser und nicht schlechter . . . als der Mann, sie ist nur anders geartet als er . . ." Verf stellt sich also nicht auf den oberflächlichen Standpunkt des „physiologischen Schwachsinns" und der Minderwertigkeit der Frau! Die Aussagen jugendlicher Mädchen sind unzuverlässig, doch können sie mit völliger Glaubwürdigkeit wechseln. Die „alte Jungfer" wird, scheint es dem Ref., etwas zu schwarz geschildert. Geradezu falsch ist es aber, wenn Verf. bei der Hysterie sagt: „Da steckt (sc. in der Gebärmutter) meistens die Ursache des Übels." Im allgemeinen faßt die Frau anders auf, als wir. Sie ist weniger objektiv. Unaufrichtigkeit ist spezifisch weiblich, Lüge aber nicht. Sie unterscheidet nicht scharf zwischen Recht und Unrecht. Der Mann will verstanden, die Frau gefühlt werden." Bei jedem Kindesmorde sollte psychische Expertise eintreten. Kinder beobachten im allgemeinen gut, sind aber interesselos. Unverläßlich sind regelmäßig bei ihnen Zeitbestimmungen. Im ganzen sind Kinder nicht schlechter geartet, als Erwachsene, sie sind „mit Ausnahme der mannbar werdenden Mädchen, als gute, häufig vorzügliche Zeugen anzusehen". Besonders Knaben. Wegen Bildung dürfen wir niemanden

Digitized by Google

hr als dem andern glauben. Psychologisch wichtige Schlüsse erlaubt das
ehen. Verf. möchte fast sagen, daß die Haft meistens den richtigeren
nschen zeigt, wenn nicht andere schlechte Einflüsse da sind. Von den
i Sünden der Kriminalistik, die Schlechtigkeit, Unwahrheit und Dummheit,
die „letztere die schlimmste". Schwer ist „dumm" von „naiv" zu trennen.
ität ist vielleicht das kritiklose Verhalten gegen die umgebenden Ver-
nisse. Überhaupt weist Verf. immer wieder darauf hin, wie schlecht es
fast allen Definitionen bestellt ist. Der Sohn eines Verbrechers
ucht nicht wieder Verbrecher zu werden, weil nur einzelne
genschaften forterben können. Angst während des Verhörs kommt
m Unschuldigen nicht vor. Sehr ausführlich ist das wichtige Kapitel der
nestäuschungen. Wenn er auf solche zu stoßen glaubt, hat der Jurist
s den Arzt heranzuziehen Sehr wichtig ist auch die Phantasie. Gefährlich
die so häufige Verwechslung von Identität und Übereinstimmung. Auch was
r pathologische Lüge, Schlaf, Traum und Berauschtheit gesagt wird, ist
r beherzigenswert. *Näcke.*

---

vola, La Simulatione della Pazzia. 2. Aufl. Neapoli 1905. Perrella. 206 S. 3 Lire.

Der leider so früh verstorbene Verf. hat seine bedeutsamen Studien
r obigen Gegenstand vor etlichen Jahren in seiner ausgezeichneten Rivista
nale di psichiatria forense usw. veröffentlicht und hat sehr wohl daran
n, diese in einem Sammelbande weiteren Kreisen zugänglich zu machen.
hat nur wenig geändert, dagegen als Zugabe zur 3. Auflage das Irresein
den Gefängnissen auf ca. 70 Seiten gegeben, zu dem er schon früher
träge geliefert hatte. Das Werk — sehr schön ausgestaltet — ist wohl
s ausführlichste über die Simulation von Psychosen und be-
ders dadurch wertvoll, daß eine Menge meist eigener Krankengeschichten
gegeben sind. Das schöne Buch wäre einer Übersetzung wohl wert. Verf.
vielleicht der gründlichste Kenner der Simulation von Irrsinn gewesen,
es nirgendswo sicher so viele Simulanten gibt, wie gerade in den Ge-
gnissen Neapels. Der erste Teil der Arbeit behandelt die Simulation von
nn in den Gefängnissen Neapels. Dort wird aus den verschiedensten
iven geheuchelt sowohl Irresein wie auch Krämpfe. Zum Heucheln ladet
ht nur das ganze Milieu ein, sondern der neapolitanische Charakter
bst. Alle Psychosenformen werden simuliert, doch die Paranoia Melan-
olie seltener, dagegen Manie und Epilepsie, am häufigsten die Demenz in
en verschiedenen Formen. Verf. verwirft alle künstlichen Entlarvungs-
thoden. Nur Psychiater können entlarven. Im zweiten Teil wird in sehr
eressanter Weise die Simulation im Tierreich, beim Kind, der Frau, dem
lden gegeben, sodann die Simulation bei der Hysterie, Epilepsie bei dem
er. Entarteln, Neurasthenie usw. besprochen und ihre forensische Bedeutung

Digitized by Google

dargelegt. Stets ist sie eine Krankheitsform und muß als „spezifischer Irrsinn des delinquente-nato" bezeichnet werden (? Ref.). Trotzdem soll ein Simulant als voll zurechnungsfähig erklärt werden. Im Anfang oder vielmehr in der Einleitung verwirft Verf. die Todesstrafe, auch die verminderte Zurechnungsfähigkeit verlangt, daß womöglich jeder Verbrecher beim Eintritt in das Gefängnis von einem Psychiater untersucht werde, alle Entarteten usw. in Zwischenanstalten und die verbrecherischen Irren in Zentralanstalten kommen sollen. Er zeigt an vielen Statistiken, wie viele Verbrecher ihre Tat im Irrsinn begangen und dennoch verurteilt wurden, wie mit der Schwere der Tat der Verdacht auf Irrsinn immer stärker wird. Frappieren wird es gewiß, daß die Epileptiker nur relativ wenig Missetaten begehen, wie dies verschiedene neuere Statistiken zeigen. Die Paranoiker und Schwachsinnigen sind hier am meisten zu fürchten. Unter fast 9000 irren Verbrechern zählte man wenig mehr als 5% Epileptiker, während es deren in den Gefängnissen mindestens 5% gibt. Das spricht an sich schon gegen die *Lombroso*sche Theorie von der nahen Verwandtschaft zwischen Epilepsie und Verbrechen. 52% und mehr der Epileptiker sind als geistesgesund zu bezeichnen. Die Epileptiker findet man besonders bei Verbrechen gegen die Person, doch haben bezüglich des Mordes andere Entartungspsychosen noch einen höheren Prozentsatz. Mit den Juristen geht Verf. scharf ins Gericht und das mit Recht. *Näcke.*

Hans Evensen, Dementia praecox, Ungdomsaarenes Sindssygdomme I. Kristiania, H. Aschehoug & Co. 1904. Groß 8°. XVI und 300 S. Kr. 7,50.

Verf. bringt in dem vorliegenden Buche den ersten Teil seiner Untersuchungen über die Geisteskrankheiten des jugendlichen Alters; der nächste Band soll sich mit dem manisch-depressiven Irresein befassen.

Verwertet sind 182 an Dementia praecox leidende männliche Kranke im Alter von 14—26 Jahren, die *E.* in den Jahren 1888—97 in der Anstalt Gaustad in Kristiania zu beobachten Gelegenheit hatte; der Vollständigkeit halber sind jedoch auch anderweitig gesammelte klinische Erfahrungen an weiblichen Patienten mitberücksichtigt. Die Schilderung des Krankheitsbildes erfolgt lediglich auf Grund der Krankengeschichten, ohne Rücksicht auf andere Autoren; die vorhandene Literatur wird erst später besprochen. Im allgemeinen werden die Grundsätze *Kahlbaums* verfolgt, die *Kraepelin* weiter ausgebildet hat. Besonderen Wert legt Verf. auf die Symptome, welche darauf hindeuten, daß die Dementia praecox ein körperliches Allgemeinleiden ist, bei dessen Erforschung man sich aller Methoden bedienen soll, die der allgemeinen Medizin zu Gebote stehen. An Stelle der so unzweckmäßigen Benennung Dementia praecox könne man vielleicht die Bezeichnung

Digitized by Google

Amblythymie setzen, bei der die im Vordergrunde stehende Gefühlsstumpfheit zu ihrem Rechte komme. Bei den hier in Betracht kommenden jugendlichen Fällen wenigstens sieht Verf. keinen Grund, neben den Unterabteilungen Katatonie und Hebephrenie noch eine besondere paranoide Gruppe abzugrenzen; diese Formen lassen sich vielmehr nach seiner Ansicht ohne Schwierigkeit unter die Hebephrenie einreihen. — Die Krankengeschichten sind in ihre Faktoren aufgelöst, es wird, abgesehen von einigen besonders bemerkenswerten Fällen, nur je ein Beispiel für jede Gruppe ausführlich mitgeteilt (im ganzen 13).

Der allgemeinen Symptomatologie ist eine besondere Sorgfalt gewidmet, sie umfaßt etwa die Hälfte des Buches und enthält eine Fülle von Einzelheiten, von denen auch in dem Rahmen eines ausführlicheren Referates nur einiges Wenige herausgegriffen werden kann. Auf dem Gebiete des Bewußtseinslebens betont Verf. die Veränderung des Persönlichkeitsgefühls, die Spaltung der Persönlichkeit. Des näheren werden die Halluzinationen und ihr Verhältnis zur Stimmung besprochen. Der Gedankengang trägt nur vereinzelt das Gepräge der Ideenflucht, es handelt sich vielmehr um eine Lockerung des Gedankenganges. Die Phantasie ist oft sehr rege. Kleinheitsideen sind häufiger bei Katatonie (17%), Größenwahn findet sich in einem Viertel der Fälle, auch Beziehungswahn ist häufig. Das systemlose paranoide Wahngebäude, welches die geschwächte Urteilskraft erkennen läßt, wird bald zerstört, auf den Ruinen findet man Negativismus, Stereotypien und dergl. Die mit hypochondrischen Vorstellungen einhergehenden Formen bilden eine eigene Unterabteilung der Hebephrenie. Zwei Fälle mit ausgesprochenen Zwangsgedanken boten das Bild der „Degeneration". — Die Abstumpfung des Gefühlslebens ist besonders der Hebephrenie eigen. In der Hälfte der Fälle findet sich anfangs ein depressiver Affekt, der bei der Hebephrenie meist nur eine Art Verstimmung darstellt. Es besteht kein Verhältnis zwischen Ausdrucksbewegung und Stimmung. Die Neugier ist manchmal sehr lange erhalten, noch bei sonst ganz Verblödeten. Kurze Depressionen mit nachfolgender Unruhe können sich in jahrelangen Zwischenräumen einstellen; die Intervalle können ganz frei sein oder es tritt allmähliche Verblödung ein. Der Schlaf ist hierbei im Gegensatz zu dem manisch-depressiven Irresein ungestört. Mehr als die Depression gehört die Angst zum Krankheitsbild. Gehobene, lustige Stimmung ist seltener; charakteristisch ist die Zerfahrenheit, man lacht eher über den Kranken, als mit ihm. In dieser gehobenen Stimmung können Suizidgedanken einhergehen. Verblödete Patienten erweisen sich, wenn man in sie dringt, oft als mißvergnügt und gereizt. Bekannt ist der Verlust ethischer Gefühle, die Hebephrenie kann anfangs ganz unter dem Bilde einer folie morale verlaufen. — In dem das Willensleben betreffenden Abschnitte werden Hemmung und Sperrung im *Kraepelin*schen Sinne besprochen. Im Stupor, der einen wesentlichen Bestandteil der Katatonie, nicht aber der Hebephrenie ausmacht, ist die Stimmung eine wechselnde, Halluzinationen sind selten. Oft erleben die

Digitized by Google

Kranken dabei ganz sonderbare Dinge wie Reisen, Träume und dergl.: sie können aber später oft nur schlecht Auskunft darüber geben. Es werden also wie bei unseren Träumen meist keine genauen Erinnerungsbilder deponiert. Bei vielen Fällen, die als Narkolepsie und Schlafkrankheit beschrieben worden sind, handelt es sich offenbar um katatonischen Stupor. Die Katalepsie ist nur vorübergehend und erreicht nicht die hohen Grade wie in der Hypnose. Vagabondage fand sich bei 25% der Hebephrenie. Eine eingehende Schilderung erfahren die Erregungszustände, besonders ausführlich wird die Differentialdiagnose der katatonischen und der manischen Erregung erörtert. Werden die Stereotypien (krankhaftes Festhalten eines Willensimpulses) gewohnheitsmäßig und grob, so zeigen sie eine vorgeschrittene Verblödung an. Die bezeichnendste Willensstörung ist der Negativismus (blinder Widerstand gegen Eindrücke von außen), er findet sich bei 62%. Über die Ursache und das innere Wesen dieses Widerstandes läßt sich nichts Bestimmtes sagen. Der Mutismus, der in der Hälfte der Fälle mit Stupor verbunden ist, kann jahrelang andauern, besonders im Ausgang des Leidens. Kurz vor dem Tode löst er sich oft, wenn das Bewußtsein sich bereits zu umnebeln beginnt. Es ist schwer zu sagen, ob das Nichtsprechen ein Zeichen von Negativismus oder vom Fehlen des Willensimpulses ist. Die Nahrung wurde in einem Drittel der Fälle verweigert, bei den Hebephrenen meist nur kurze Zeit; von den Katatonikern wurden jedoch 33% mit der Sonde gefüttert. Als Ausfluß des Negativismus sind noch sinnlose Antworten und eine Art von Vorbeireden zu erwähnen; man sieht aber meist an der Antwort, daß die Fragen aufgefaßt werden. Das eigenartige Benehmen geht parallel mit dem Negativismus, ist aber nicht von ihm abhängig. Hierher gehören auch die sinnlosen Entweichungen ohne jede Überlegung, mit eventuell freiwilliger Rückkehr. Für die Manieren (Wiederholen von vernunftwidrigen Handlungen) werden öfter Erklärungsversuche gegeben, die zum kleinen Teil im Bereiche der Möglichkeit liegen. Die impulsiven Handlungen, die einer schweren Willensstörung entsprechen, unterscheiden sich durch ihre Plötzlichkeit von den unbegründeten; möglicherweise werden sie durch Halluzinationen ausgelöst. Die meisten Gewalttätigkeiten der Kranken entsprechen keiner Stimmung, noch dienen sie einer bestimmten Absicht. Besonders gefährlich sind die Hebephrenen im Anfang der Krankheit. 20% der Hebephrenen und 7% der Katatoniker haben mit Mord etc. gedroht, zwei haben ihn ausgeführt (der eine im Alter von 15 Jahren). Die oft gleichgültig vorgebrachten Drohungen sind nicht allzu leicht zu nehmen. Beinahe ein Viertel der Patienten machte Suizidversuche, zum Glück ohne Erfolg; es handelte sich dabei nur in der Hälfte um depressive Stimmung. Die Selbstbeschädigungen tragen das Gepräge von sinnlosen Handlungen und richten sich oft gegen die Genitalorgane. Für die Absonderlichkeiten in Sprache und Schrift werden zahlreiche Beispiele angeführt. Es kommt zur Verbigeration, Neubildung von Worten, zu einer völlig neuen Sprache, zu Wortsalat. Interessant ist eine Sammlung von hebephrenischen Dichtungen. — Bezüglich der körperlichen

Digitized by Google

Symptome fordert Verf. zu einer genaueren Untersuchung auf, als dies bisher geschehen ist. Das vasomotorische Nervensystem ist erregbar: Kongestion wird beobachtet bei Erregung und bei Angst. Oedem und Cyanose sind nach der Ansicht des Autors zentral bedingt. Beim langen Verharren in derselben Stellung kommt es leicht zu Dekubitus. Ferner ist zu erwähnen: abnormes Schwitzen, ölige oder trockene Haut, Salivation, Stomatitis; dann Herabsetzung der Sensibilität und des Cornealreflexes, Retentio urinae, Kopfschmerzen, Brustbeklemmungen, Paraesthesien, Dermographie, Muskelsteifigkeit (Negativismus!), Tremor, krampfhafte Bewegungen (die oft an Chorea und Athetose erinnern), Verdauungsstörungen. Die Pupillen sind oft weit und reagieren träge; ungleich waren sie bei einem Viertel der Hebephrenen und bei einem Zehntel der Katatoniker. Die Patellarreflexe waren bei 30% gesteigert, bei 7% schwächer als normal, bei 3% waren sie nicht auszulösen. Die Temperatur kann bei den Anfällen bis zu 39,5° steigen (dies stellt sie auf eine Stufe mit den paralytischen), im Stupor kann sie bis zu 36°, 35° herabsinken. Im Anfang der Krankheit sind Ohnmachtsanfälle nicht selten. Es werden epileptiforme und hysteriforme Krampfanfälle beobachtet; zu unwillkürlichen Entleerungen kam es dabei niemals. Bewußtlosigkeit bei den Anfällen kommt vor, jedoch keine Benommenheit nach denselben. Das Körpergewicht nimmt zu Anfang meist ab, oft macht es gewaltige Schwankungen ohne auffindbare Ursache durch. Bei 2% fand sich Koprophagie, die übrigens kein Zeichen von Demenz zu sein braucht. Das Geschlechtsleben spielt eine geringere Rolle, als man glauben sollte. Viele (stereotype) Bewegungen sehen der Masturbation ähnlich, stehen mit ihr jedoch in keiner Beziehung. Es kann zur Notzucht kommen, auch zum Vergreifen an Verwandten und Tieren.

Krankheitsbild. 53,4% der Fälle begann allmählich, der Rest subakut. *E.* hält es in prognostischer Hinsicht für wichtig, ob der Beginn des Leidens ein subakuter oder chronischer ist. Die Katatonie hat mehr Neigung zu Remissionen und Heilungen. Zurzeit hat es nach Ansicht des Verf. keinen Wert, neben Katatonie und Hebephrenie noch andere Gruppen abzusondern.

Die Hebephrenie.

Manchmal ist eine, wenn auch nicht schwere, Depression vorhanden. Die leichtesten Fälle sind die heboïden (*Kahlbaum*). Die Stimmungsveränderung kann 5—10 Jahre dauern, ehe andere Symptome hinzutreten; die Kranken gelten dann als Neurastheniker und dergl. Anderseits aber kann schon nach wenigen Monaten ein volles Krankheitsbild zur Entwicklung kommen. Ein Drittel der schleichend beginnenden Fälle hatte, meist im späteren Verlauf, katatone Züge aufzuweisen, die aber wenig ausgesprochen waren. Eine Umfrage bei den Bezirksärzten ergab, daß von den entlassenen chronisch einsetzenden Fällen 5% sich selbst ernährten, 25% noch arbeitsfähig waren, aber von anderen ernährt wurden, 70% waren tief verblödet; als geheilt ist keiner zu bezeichnen. Bei den subakut beginnenden Fällen, die größere Neigung zu Remissionen haben, sind die entsprechenden Ziffern

Digitized by Google

13, 30 und 57%; die Demenz zeigt hier eine erregtere Form und ist nicht so tief. Als Unterarten der Hebephrenie sind eine hypochondrische und eine paranoide Form anzuführen. Die erstere betrifft mit Vorliebe ganz jugendliche Individuen. Der Beginn ist mehr subakut, die Prognose hinsichtlich eines dementen Ausganges ist verhältnismäßig günstig. Bei der paranoiden Form sind zwei Verlaufsarten zu unterscheiden: a) Beginn unter dem Bilde der Paranoia; diese trägt aber die Züge der hebephrenischen Schwäche und tritt nach einem bis mehreren Jahren in den Hintergrund. Neigung zu symbolischen Erklärungen. Beginn der Krankheit im Alter von 20—25 Jahren. b) Eine Hebephrenie hat von Anfang an verschiedene Verfolgungs- und Größenideen aufzuweisen, die gemütliche Abstumpfung tritt deutlich hervor. Neigung zum Fabulieren und zu phantastischen Vorstellungen, absonderliches Wesen. Halluzinationen spielen eine größere Rolle. Jahrelange Remissionen sind möglich.

Die Katatonie.

1. Subakuter Beginn. In der Regel folgen aufeinander Depression — Stupor — Erregung. Die Kranken sind in der Depression öfter ängstlich. Halluzinationen sind seltener. Der Übergang zum Stupor erfolgt gewöhnlich allmählich. Der Stupor löst sich dann nach und nach. Die Kranken können sich von dem Stupor wieder völlig erholen oder aber der Stupor geht direkt in die Erregung über. Stupor und Erregung können auch miteinander wechseln; die impulsiven Handlungen gehören mehr den späteren Stuporanfällen an, ebenso der Negativismus und die Stereotypien. Selbstmordversuche ereignen sich oft da, wo man es am wenigsten erwartet hätte. Die Urteilskraft ist weniger geschwächt als bei der Hebephrenie. Die Erregung wurde bei etwa 40% beobachtet. Die vollständige Form der Katatonie mit den drei oben angeführten Stadien fand sich mehr weniger ausgesprochen in etwa der Hälfte der Fälle, bei 7% fehlte die einleitende Depression (ätiologisch kamen in diesen Fällen Trauma capitis und Infektionskrankheiten in Betracht), bei 12% kam es nicht zum Stupor, bei 30% nicht zur Erregung. Eine graphische Tabelle erläutert den Verlauf der Krankheit in bemerkenswerten Fällen, einige sind während eines Zeitraumes bis zu 23 Jahren verfolgt. Die Depression kann sich verlieren und es kann 2—18 Jahre dauern, bis das Leiden weiter fortschreitet. Jedenfalls hat die Katatonie Neigung zur anfallsweisen Entwicklung. Der Verlauf der Dementia praecox ist ein „unterbrochener", der des manisch-depressiven Irreseins ein „intermittierender". Es gibt anfallsfreie Pausen bis zu 33 Jahren. Bei den sogenannten Spätheilungen handelt es sich wohl meist um solche Fälle, die von den betreffenden Autoren nicht weit genug verfolgt wurden und vielleicht schon nach kürzerer Zeit wieder in den alten Zustand verfielen. Verf. sah von seinen Katatonikern ebensoviele tief dement werden als wieder in das praktische Leben zurücktraten.

2. Chronischer Beginn. Hier werden die Übergangsfälle zusammengefaßt, die man je nach Geschmack zur Hebephrenie oder zur Katatonie

Digitized by Google

chnen könnte. Der Anfang ist mehr im Sinne der ersteren, der weitere erlauf entspricht mehr der letzteren. Jedenfalls sind Remissionen seltener, ie Prognose ist ungünstiger. Die Depression ist kürzer und weniger tief, er terminale Blödsinn weniger weitgehend. — Die Katatoniker erliegen ichter der Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten, ihre Sterblichkeit ertrifft die der Hebephrenen um das Dreifache.

In prognostischer Hinsicht sind die Größenideen und hypochondrischen Vorstellungen kein schlechtes Zeichen, bei Katatonie scheinen sie die ussicht auf bedeutendere Remissionen zu verringern. Die hochtrabenden edensarten brauchen nicht auf tiefgehendere Auflösung hinzuweisen. Der antastische und sinnlose Inhalt der Vorstellungen hat nicht viel zu sagen, deutsamer ist es, wenn Wahnvorstellungen und Halluzinationen ganz stumpf gebracht bezw. hingenommen werden. Solange die Gefühlssphäre noch endig ist, soll man die Hoffnung nicht aufgeben; deshalb ist auch Unruhe niger ominös als Gleichgültigkeit und Stumpfheit. Herabsetzung des Ekelfühls ist kein absolut ungünstiges Zeichen, wenn die Kranken ruhig sind. upor und katatonische Erregungsanfälle (abgesehen von den regelmäßig h wiederholenden) sind kein Heilungshindernis. Negativismus hingegen, reotypie in ruhigen Zeiten, die automatischen Bewegungen und die impulven Handlungen außerhalb des Stupors verschlechtern die Aussichten der bephrenie.

Historische Übersicht. Verf. betrachtet in diesem Kapitel eingend die historische Entwicklung des Begriffes der Dementia praecox und mt Stellung zu der Literatur der verschiedenen Nationen. Er bringt keine Be lexikographische Zusammenstellung, sondern verfolgt die verschiedenen ömungen, die schließlich zur Annahme der Katatonie führen mußten. *hlbaums* und *Kraepelins* Verdienste werden hervorgehoben. — Erwähnt sei r nur, daß schon zu *Kahlbaums* Zeiten der Däne *R. A. Holm*[1]) dieselbe nkheitsform behandelte, aber nur vom symptomatischen Standpunkte aus. ner hat im Jahre 1883 *F. Lange*[2]) eine ausführliche Arbeit über die enilen Verblödungsformen geliefert. Er hatte hierin schon die *Sander*sche inäre Verrücktheit mit einbegriffen und bahnte bereits das an, was *mer* und *Kraepelin* zehn Jahre später ausgeführt haben. *Lange* betonte on die verhältnismäßig gute Auffassung der Kranken, die erloschene iative, den stieren Widerstand, die sinnlosen Bewegungen und die leeren iferationen. Er spricht von einem „Panzer von absoluter Gleichgültig- " und von dem „rettungslosen Untergang allen geistigen Lebens".

Seine Psychologischen Betrachtungen hat der Verf. bereits im emberheft 1903 der japanischen Zeitschrift Neurologia veröffentlicht. geht davon aus, daß schon unter normalen Verhältnissen ein Zustand

[1]) Om Katalepsi. Nordisk med. Archiv. 1871, und Om automatiske aegelser hos sindssyge. Kopenhagen 1873.

[2]) Om arvelighedens indflydelse i sindssygdomme. Kopenhagen 1883.

Digitized by Google

vorkomme, bei dem in geringem Grade Willenlosigkeit, Stereotypien u
Negativismus vereint auftreten, nämlich dann, wenn man von einem G
danken absorbiert sei, der die Aufmerksamkeit gänzlich in Anspruch neh
z. B. bei der Lösung einer schwierigen Rechenaufgabe. Eben dieser Zust
von Zerstreutheit sei vielleicht imstande, das Leiden des Willenlebens b
der Katatonie uns weniger fremd und unbegreiflicher zu machen. We
man von Krankheiten absieht, deren Wesen ganz unbekannt ist, finde
Katatonie-ähnliche Symptome bei Krankheiten mit hervortretenden Bew
seinsveränderungen (Epilepsie, Hysterie usw.) oder bei gröberen organisch
Hirnleiden, die jede psychische Tätigkeit erschweren. In beiden Fä
spreche nichts dagegen, eine Einengung des Bewußtseins anzuneh
und von dieser aus eine Erklärung der einzelnen Krankheitszeichen zu
suchen. *E.* führt seinen Vergleich bis ins einzelne durch und meint,
tatsächlich bezüglich der von ihm angenommenen Entstehungsweise der K
tonie-ähnlichen Symptome eine ziemliche Übereinstimmung zwischen
beiden angeführten Krankheitsgruppen herrsche. Obwohl vieles dafür spre
so sei es jedoch zurzeit noch nicht möglich, die Frage zu entscheiden,
die gemeinsame psychologische Formel der katatonischen Symptome mit R
in einer Einengung des Bewußtseins zu suchen sei.

Differentialdiagnose. Die Schwierigkeiten und Gefahren bei
forensischen Beurteilung des Dementia praecox sind nicht zu unterschät
Die Krankheit ist für Simulation sehr geeignet, da Dementia praecox
häufig vorkommt und dann, weil die Symptome sehr schwer von vo
täuschten Krankheitszeichen zu unterscheiden sind. Wenn ein Fehler
macht wird, so ist es wohl meist der, daß das Bestehen einer Geisteskran
verkannt wird.

Stereotypien und sonderbare Lebensführung können auch beim Zwa
irresein vorkommen, doch wird hier die Gefühlsabstumpfung und die Urt
schwäche vermißt. Bei unzureichender Anamnese sind Dementia pra
und Imbezillität gelegentlich schwer auseinanderzuhalten. Tritt anfangs
ethische Gefühlsstörung mehr in den Vordergrund, so kann das Bild
moralischen Schwachsinns vorgetäuscht werden, jedoch fehlt die Initi
und zähe Ausdauer des Degenerierten beim Verfolgen eines Zieles. Epil
und Dementia praecox haben zeitweilig viel Gemeinsames. Chroni
Alkoholismus arbeitet oft Hand in Hand mit jugendlicher Demenz.
im späteren Alter (30—50 Jahre) Verfolgungswahn (meist physikalische
halts) mit Depression und hypochondrischen Ideen auftritt, ohne daß
weiteren Verlauf zu einer stärkeren Verblödung kommt, so ist es zweifel
ob derartige Fälle eine eigene Gruppe bilden oder ob sie der Katatoni
gehören. Oft kann es für einige Zeit zur Verwechslung mit der progres
Paralyse kommen, wenn die körperlichen Symptome wenig ausgespr
sind; die Anfälle der Paralytiker können wie katatone aussehen. Mi
Hysterie hat die Dementia praecox das Launenhafte, Wechselnde gemein
aber der Katatoniker ist interesselos und stumpf, der Hysteriker al

gitized by Google

Anfälle können sich völlig ähneln. Die zusammenhanglose Sprache führt zu der Diagnose Verwirrtheit.

Bei jugendlichen Individuen kommt in erster Linie die Differentialgnose dem manisch-depressiven Irresein gegenüber in Betracht. Bei ser Psychose ist das geistige Leben harmonischer und zusammenhängender. Selbstvorwürfe der Katatonie wurzeln nicht so tief, die Halluzinationen ben wenig Einfluß auf die Stimmung, die Depression ist gleichgültig und d nicht durch äußere Momente (Besuch von Angehörigen usw.) verstärkt. Hemmung kommt auch bei Dementia praecox vor und kann bei der nisch-depressiven Psychose fehlen, wo sie doch in der Regel direkt behnend ist. Die Hemmung im depressiven Stupor ist nicht die Sperrung Katatonikers mit Negativismus u. dergl. Die manischen Phasen geben Verwechslungen weniger Veranlassung. Auf der einen Seite haben wir: dlungsdrang und Grazie mit der Devise „variatio delectat", auf der anen hingegen: triebartige Unruhe, Plumpheit und Gezwungenheit — „semper n". Zu berücksichtigen ist noch die Verschiedenheit der Auffassung, die der Katatonie eine gute ist.

Was endlich die Ätiologie angeht, so sind schon alle möglichen und möglichen Ursachen für das Entstehen der Dementia praecox verantwortlich acht worden. In den kleinen Verhältnissen Norwegens war relativ leicht kunft über die Erblichkeit zu bekommen. Wenn man Halbgeschwister die entferntere Familie nicht mit einbegreift und Idiotie nicht als teskrankheit rechnet, so besteht Heredität in 61,5% bei Katatonie und Hebephrenie. Nimmt man jedoch Idiotie, Trunksucht, abnorme Charaktere ergl. hinzu, so erhält man 75 bezw. 73%. Die erbliche Veranlagung int keinen Einfluß auf Form und Verlauf der Krankheit zu haben. Bei Katatonie überwiegt die mütterliche Familie bezüglich der Heredität. Vererbung scheint mit Vorliebe gekreuzt zu sein. In der Verwandtschaft t sich in gleichem Maße Dementia praecox und manisch-depressives ein: Geschwister leiden oft auch an Dementia praecox. Der Vater war in 5% trunksüchtig.

Körperliche Degenerationszeichen fanden sich in 57% der erblich beten Fälle, aber auch in 54% der nicht belasteten! Die Patienten sollen Kinder meist normal gewesen sein, sie werden als gutmütig, verschlossen, ndlich und etwas hitzig geschildert. 71,3% zeigten angeblich mittelige Begabung, bei 6,7% stand sie über dem Durchschnitt, 22% waren cht veranlagt. In der Familie der Hebephrenen finden sich dreimal schwachbegabte Mitglieder als in derjenigen der Katatoniker.

Ein Zusammenhang zwischen Dementia praecox und Tuberkulose, wie ihn sche Autoren annehmen, läßt sich nicht feststellen. Nur so viel ist r, daß viele Katatoniker an Phthise sterben.

In den meisten Fällen beginnt die Krankheit nach dem Einsetzen der rtät, selten im Alter von 13—16, oft von 18—22 Jahren; eine zweite Höhe t die Erkrankungsziffer noch im 24. und 25. Lebensjahre auf. Das Alter

Digitized by Google

scheint keine prognostische Bedeutung zu haben; jedoch bestehen ur mehr Aussichten für die Entwicklung katatoner Züge und besonders paranoiden Form, je später das Leiden einsetzt. Da die Dementia pra zu den verschiedensten Zeiten des Lebens auftreten kann, glaubt E nehmen zu dürfen, daß sie mit der Pubertät in keiner direkten Bezie steht. Interessant wäre ein Vergleich mit den südlichen Ländern, in d die Pubertät früher eintritt.

Von den verschiedenen Theorien der Autoren scheint die einer In kation (Kraepelin) noch am meisten für sich zu haben. Den Ansi von *Tschisch* wird man keinesfalls beistimmen können. Die übertri Masturbation wirkt wie jede Ausschweifung, an und für sich komm keine ursächliche Bedeutung zu. Überbürdung in der Schule sowie Exa anstrengung können bei schon vorhandener Anlage auslösend wirken. 2,7% trat die Krankheit gleich im Anschluß an eine Kopfverletzung Der Art der Lebensstellung, dem Militärdienst, Gefängnisstrafen, der Infe kann keine ätiologische Bedeutung beigemessen werden. 12,6% waren Trunke ergeben; bei 5% war der Alkoholismus so hochgradig, daß e Mitursache des Leidens betrachtet wurde. Tabakmißbrauch wird häufi geführt. Gemütseindrücke finden sich in 3,9% verzeichnet. Keiner vo 100 jungen Männern scheint ein Opfer der sogenannten unglücklichen zu sein.

Das Resultat der Untersuchungen ist das, daß wir über die Äti überhaupt noch nichts Sicheres wissen; in einem Drittel der Fälle allerdings schwächende Momente vor, die den Ausbruch der Krankhe günstigen konnten. Diese Lage der Dinge mahnt uns zu verschärfter I oft wird das als Zusammenhang angesehen, was nur ein Zusammentreff

Den Schluß der Arbeit bildet ein reichhaltiges Literaturverzeic in dem 222 Arbeiten aufgeführt sind. —

Der als Habilitationsschrift erschienene Band ist die Frucht jahre klinischer und literarischer Arbeit. Die benutzte Literatur kann mit den Anspruch auf Vollständigkeit machen. Der Text ist in reichem durch Photographien, Zeichnungen, Faksimiles, Tabellen und Kurve läutert. Die Kenner des Norwegischen heben die Reinheit der Sprach die Klarheit des Stils hervor. Sicherlich wäre dem kritischen und i reichen Buche, das gar manchen neuen Ausblick gewährt, eine Übertr in eine zugänglichere Sprache zu wünschen; da es aber eine solche nicht gibt, so schien es mir nicht unangebracht, hier genauer auf den des Bandes einzugehen. Gerade in dem vorläufig noch undurchdring Dickicht der Dementia praecox bedarf es emsiger klinischer Arbeit, u hat der Verf. geleistet! R. Foerster (Bo

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Irrenfürsorge in Schlesien. — Die starke Zunahme der Zahl isteskranker Personen in den letzten Jahren hatte die Provinzialverwaltung Jahre 1901 gezwungen, eine bedeutende dauernde Vermehrung der Pflege-llen (um 1880) für solche durch Erweiterung der vorhandenen Irrenanstalten Rybnik und Plagwitz, Umbau der Erziehungsanstalt in Lublinitz und Er-htung neuer Anstalten in Lüben und Städtel Leubus in die Wege zu leiten, ie zum Zwecke der Beschäftigung Kranker mit landwirtschaftlichen Arbeiten ndereien für die Anstalten in Brieg, Tost und Leubus anzukaufen. Über-fäglich waren hierzu 4647200 M. Kosten erforderlich und diese auch be-ligt.

Die Bauten wurden noch in demselben Jahre in Angriff genommen, ichzeitig wurden aber auch Maßnahmen provisorischer Natur getroffen, rch welche die möglichst schnelle Aufnahme der vielen anstaltspflege-ürftigen anerkannten gemeingefährlichen Kranken in Anstaltspflege er-ächt und die Aussicht geboten wurde, die Zurückstellung solcher Kranken die Anwärterliste künftig ganz zu vermeiden. Von letzteren Maßnahmen zu erwähnen die Schaffung 45 neuer Pflegestellen bei der Irrenanstalt Brieg, von 84 Stellen bei der Anstalt in Kreuzburg, von 20 bei derjenigen Plagwitz, von 36 bei der Rybniker Anstalt, von 40 und 20 und 66 Stellen den Heil- und Pflegeanstalten zu Freiburg, Kattowitz, Lublinitz durch Um- kleinere Neubauten, sowie Inventarbeschaffung, sowie von 142 Stellen Privatanstalten in Löwenberg, Rybnik, Branitz und Sohrau. Für die vinzialanstalt in Lublinitz wurde außerdem das Rittergut Schloß Lublinitz rben. Diese Maßnahmen haben insgesamt 772500 M. außergewöhnliche wendungen erfordert, darunter 58000 M. Darlehen zu Bauten an Privat-alten, von denen inzwischen schon wieder 14100 M. getilgt sind.

Aber auch die später erfolgte spezielle Veranschlagung der erwähnten den Erweiterungs- und Neubauten der Provinzialanstalten hat ergeben, die hierfür bewilligten 4647200 M. gänzlich unzulänglich sind und um a 2030400 M. überschritten werden müssen, weil verschiedene Bauaus-rungen hinterher anders projektiert werden mußten und die neue Anstalt Städtel Leubus bedeutend größer hergestellt wird, als ursprünglich geplant auch für Grunderwerb bedeutend größere Mittel ausgegeben wurden.

Für alle vorbezeichneten Bauten und Grunderwerbungen sind also noch 8880 M. Nachbewilligungen nötig. Mit der Belegung der neuen und

Digitized by Google

größten schlesischen Anstalt in Lüben, als deren Direktor, wie schon berich der Leiter der Provinzialanstalt in Tost, Sanitätsrat Dr. *Simon*, bestimmt wird voraussichtlich im Herbst dieses Jahres begonnen werden können

Bericht über die Bewegung in den Nied

Irrenanstalt zu	Bestand am 1. Januar 1903			Aufnahmen im Jahre 190		
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
Amsterdam	54	68	122	21	13	3
Bloemendaal	615	738	1353	107	129	23
Boekel	159	—	159	18	—	1
Delft	220	241	461	80	54	13
Deventer	198	196	394	68	58	12
Ermelo ('s Heeren Loo)	146	67	213	12	3	1
Ermelo (Veldwijk)	195	317	512	37	84	12
Franeker	156	169	325	24	32	5
Gorßel	—	6	6	—	1	
Grave	—	104	104	—	21	2
's-Gravenhage	226	156	382	76	52	12
Groningen[1])	1	2	3	7	1	
's-Hertogenbosch	291	242	533	68	28	
Loosduinen	266	265	531	59	45	1
Maastricht	26	29	55	2	6	
Medemblik	336	70	406	98	14	1
Oestgeest (Endegeest)	178	197	375	39	37	
Rosmalen	267	247	514	33	32	
Rotterdam (Stad)	5	7	12	79	71	1
Rotterdam (St. Antonius)	—	6	6	—	—	
Termunten (Wagenborgen)	19	30	49	3	1	
Udenhout[2])	—	—	—	—	—	
Utrecht	193	161	354	83	47	1
Vught	405	517	922	73	97	1
Zuid-Laren	185	248	433	71	117	1
Zutphen	360	374	734	70	84	1
Summe der Aufnahmen				1128	1027	21
Gesamtsumme	4501	4457	8958	1128	1027	21

[1]) Die Irrenanstalt zu Groningen wurde am 1. April 1903 aufgeho

[2]) Die Irrenanstalt zu Udenhout wurde am 1. Januar 1904 eröffnet.

gitized by Google

it derjenigen in Städtel Leubus im Frühjahr 1906. (Schlesische Ztg. Breslau
. 174, 1905.)

---

ndischen Irrenanstalten im Jahre 1903.

Genesen			Verstorben im Jahre 1903			Bestand am 1. Januar 1904		
Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
7	3	10	12	5	17	54	70	124
39	55	94	50	50	100	625	754	1379
9	—	9	8	—	8	160	—	160
23	30	53	35	14	49	232	244	476
21	20	41	28	24	52	209	200	409
—	—	—	5	2	7	141	66	207
13	44	57	7	16	23	190	310	500
3	13	16	20	18	38	149	162	311
—	1	1	—	—	—	—	6	6
—	3	3	—	5	5	—	107	107
24	30	54	25	10	35	234	155	389
2	—	2	1	—	1	—	—	—
10	11	21	37	10	47	301	245	546
16	21	37	29	25	54	264	256	520
—	4	4	5	1	6	21	29	50
35	2	37	13	2	15	341	73	414
18	17	35	15	14	29	180	197	377
10	6	16	17	14	31	265	248	513
11	14	25	2	4	6	13	16	29
—	—	—	—	1	1	—	5	5
1	—	1	2	—	2	18	30	48
—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	14	37	27	21	48	204	165	369
18	27	45	41	43	84	403	532	935
25	34	59	14	23	37	213	289	502
16	36	52	26	26	52	374	378	752
324	385	709	419	328	747	4591	4537	9128

Dr. *A. H. van Andel.*

Aus Waldheim. — Durch eine Ministerialverordnung, welche in No. 14 des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Königreich Sachsen vom 10. März 1905 veröffentlicht ist, ist die „Irrenstation" zum Range einer selbständigen „Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim" erhoben worden, deren Verwaltung und Vertretung nach außen vom 1. Mai 1905 ab nach den für die übrigen Landes-Heil- und Pflegeanstalten geltenden Grundsätzen nicht mehr durch den Strafanstaltsdirektor, sondern durch einen Anstaltsarzt zu erfolgen hat. Die Verwaltung ist dem Oberarzte Dr. *Nerlich* übertragen worden.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Karl Textor*, Oberarzt am Landeshospital Hofheim, ist zum Direktor der Pflegeanstalt in Eberstadt ernannt.

Dr. *Gustav Aschaffenburg*, Prof. u. Privatdozent an der Universität zu Halle, ist zum außerordentlichen Mitgliede und Dozenten der Psychiatrie an die Akademie zu Köln berufen.

Dr. *Joh. Finckh*, Arzt an der Universität zu Tübingen,

Dr. *Paul Schroeder*, Ass. der psych. Klinik u. Poliklinik für Nervenkrankheiten zu Breslau,

Dr. *E. Reimann* zu Wien haben sich als Privatdozenten an den betreffenden Universitäten habilitiert.

Dr. *Em. Mendel*, Prof. an der Univ. zu Berlin, hat den Hohenzollernschen Hausorden, Ehrenkonturkreuz erhalten.

Dr. *Paul Brie*, Oberarzt an der Prov.-Heilanstalt Grafenberg, ist im Alter von 43 Jahren nach langem, schweren Leiden am 3. März 1905 gestorben.

Digitized by Google

Zur Personalfrage.

Von

Dr. **Adolf Hoppe**, Pfullingen.

Für das Pflegepersonal kann nicht leicht genug geschehen. *Moeli.*

Vorbemerkung. Um Mißverständnisse zu vermeiden, bemerke ich ich hier, daß bei der folgenden Abhandlung wesentlich nur an die öffentlichen Anstalten gedacht ist. Bei den unter sich so sehr verschiedenen Privatstalten wird eine generelle Erörterung ihrer Verhältnisse ja auch kaum glich sein.

Ein wenig um Nachsicht bitten muß ich vielleicht bei den Zitaten. Zur Zeit Abfassung ohne größere Handbibliothek, war ich auf Exzerpte angewiesen, ich mir in der Hauptsache während eines Sommeraufenthalts in Alt-Scherbitz ammengestellt habe. Ich kann versichern, daß ich mich bemüht habe, an abzuschreiben, bin aber nicht in der Lage, die einzelnen Zitate daraufnachzuprüfen. Für die Liebenswürdigkeit, mit der mir die Benutzung reichhaltigen Scherbitzer Bibliothek gestattet wurde, sage ich an dieser lle Herrn Geheimrat Dr. *Paetz* meinen besten Dank.

In den Anmerkungen und im Literaturverzeichnis am Schlusse bedeutet „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie". C. „Centralblatt für Nervenheilde und Psychiatrie". M. „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie". W. „Psychiatrische, bezw. psychiatrisch-neurologische Wochenschrift". J. B. hresbericht".

I.

Man ist sich unter uns Irrenärzten wohl darüber einig, daß Ausstattung der Anstalten mit einem brauchbaren Pflegepersonal den großen sonstigen Verbesserungen der Irrenpflege nicht nz den gleichen Schritt gehalten hat, daß dieselben Schwierigten, mit denen sich schon unsere Vorgänger in der praktischen ychiatrie wohl oder übel abfinden mußten, auch heute noch zum ten Teile bestehen. Freilich wäre es übertrieben, zu bestreiten,

daß wir darin überhaupt Fortschritte gemacht hätten; wie der Charakter der Anstalten im ganzen, so ist doch auch das Wesen des Irrenwärters ein anderes geworden. Jeder auch nur einigermaßen tüchtige Pfleger würde sich heutzutage bedanken, wie auf *Kaulbachs* bekannten Gemälde, als peitschenbewehrter Aufseher herumzulaufen, und auch Scheußlichkeiten, wie sie *Scholz* in seinen „Fortschritten der Irrenpflege" erzählt,[1]) direkt als standesunwürdig empfinden. Aber man braucht gar nicht in so ferne Zeiten zurückzugehen: wer möchte jetzt noch *Hoppes* Behauptung von 1892, „daß das Gros der Irrenwärter aus ungeeigneten, unzuverlässigen und degenerierten Elementen besteht",[2]) unbedingt unterschreiben? Da klingen doch selbst die Worte eines der am meisten pessimistischen Beurteiler der Sachlage, *Werners*,[3]) erheblich milder. Ja gelegentlich geben einzelne Direktoren sogar öffentlich zu, daß sie im allgemeinen mit ihrem Personal zufrieden sind.

Überblickt man die umfängliche, etwa seit dem Anfange der neunziger Jahre zur „Wärterfrage" ausstehende Literatur, so findet man, daß sich die Autoren zumeist nur mit dem männlichen Personal ausführlicher beschäftigen, während über die Lage, Versorgung usw. der Pflegerinnen fast nur anhangsweise gesprochen wird; eine Ausnahme machen lediglich die Schriften von *Scholz* sen. Gerade jene Punkte, die hinsichtlich des männlichen Personals am meisten erörtert werden, dauernde oder vorübergehende Anstellung, Unterbringung der dienstunbrauchbar gewordenen Pfleger u. a. m., erledigen sich ja bei dem weiblichen zum größten Teile von selber, da eben nach ziemlich allgemein geltender und zweifellos richtiger Ansicht eine Pflegerin nicht mehr im Dienste bleiben kann, wenn sie heiratet. In der Behandlung der „Pflegerfrage" im engeren Sinne liegt die Sache aber so, daß, wer für ein „Berufspersonal" eintritt, in der Regel auch geneigt ist, ein umfangreiches sozialpolitisches Programm in der Irrenanstalt durchzuführen. „Die Wärterei" muß zu einem sozialen Stande erhoben werden, mit allen Zutaten eines solchen, das ist die Parole", schreibt *Erlenmeyer*.[4]) Auf der andern Seite sind die Verfechter der zeitlich begrenzten Anstellung des Personals zumeist auch Gegner einer über das Notwendigste hinausgehenden sozialen Fürsorge. Derartige Versuche führen nur zu unproduktiven Ausgaben und schädigen die Anstalt, meint *Ludwig*, den man wohl als Wortführer dieser Richtung bezeichnen kann.

---

[1]) S. 10

[2]) C. 1892. S. 531.

[3]) Ps. W. II. S. 158.

[4]) Unser Irrenwesen. S. 97.

Digitized by Google

Nicht nur ärztliches Pflichtbewußtsein, auch das Humanitätsefühl treibt uns, unseren Patienten die möglichst beste Pflege
verschaffen; es soll nichts versäumt werden, um dem heilaren Kranken die Genesung zu sichern, und auch der Unheilare soll trotz der notwendigen Beschränkungen des Anstaltsbens doch seine Freiheit so wenig wie möglich entbehren. Diese bsicht können wir aber nur erreichen, wenn wir sie einem Perınal unterstellen, das nicht mechanisch oder gar mit Widerwillen, ndern freudig seine Arbeit verrichtet. Man wird daher schon i der Auswahl der Anwärter vorsichtig zu Werke gehen, vor lem aber den Dienst so gestalten, daß ein tüchtiger Mensch in m sich wohl fühlt, den Beruf lieb gewinnt und als eine seiner ürdige Lebensaufgabe erkennt.

Und noch in ganz anderer Weise sind wir Ärzte an der Lage des uns tergeordneten Personals interessiert. Was ein Stand gilt und vermag, sieht an nicht zum wenigsten an der Stellung seiner Untergebenen. Prüfen wir er, was wir bisher für unsere ärztlichen Hilfskräfte durchgesetzt haben, so nden wir kaum geneigt sein, unsern Einfluß besonders hoch zu werten, ein sultat, zu dem man leider ja auch auf mancherlei andern Wegen gelangen kann. arum sollen z. B. nach den Bestimmungen mancher Reglements Nachtwächter d Ofenheizer durch längere Diensttätigkeit von selbst Beamteneigenschaft langen, während sie den Pflegern nur durch Gnadenakte oder nach Maßbe freiwerdender Etatsstellen zu teil wird? Warum sind Bureauvorsteher kretäre) Subalterne, und die mindestens ebenso verantwortlichen Obereger Unterbeamte? Man sage nicht, daß die zahlreichen, notorisch unzuverlässigen Elemente unter den Pflegern das Hindernis bildeten: gilt es, einen and zu heben, so kommen nicht diese, sondern seine besten Vertreter in tracht.

An gutem Willen hat es uns Psychiatern ja auch gewiß nicht fehlt: die lange Reihe der Verhandlungen in den Fachvereinen weist dies. Auch über Erfolge, über verständnisvolles Entgegenmmen der vorgesetzten Behörden konnte berichtet werden. Selbst r Umstand, daß man bei den Vorschlägen und Forderungen meist mehr an das Wohl der Anstalten und der Kranken, als an s des Personals selber dachte, hat bei der weitgehenden Interessenmeinschaft beider kaum irgend erhebliche Nachteile gebracht. ennoch glaube ich, daß wir grade an diesem Punkte werden nlernen, und mehr als jetzt das Pflegepersonal als integrierenden estandteil des Anstaltsbetriebes begreifen müssen. Solange wir

Digitized by Google

dem Personale nur Pflichten auferlegen, Gehaltszulagen, Urlaub, Heiratskonsense u. a. m. aber ohne festen Anspruch, gewissermaßen als Prämien für Wohlverhalten, erteilen, wird es auch seinen gesindemäßigen Charakter nicht los werden. Rechtlosigkeit aber — und viel anderes bedeutet de facto die Stellung unter die Gesindeordnung nicht — läßt kein Standesbewußtsein, kein Ehrgefühl aufkommen; und eines wie das andere brauchen wir doch so dringend, wenn wir den Anstalten ein tüchtiges Personal sowohl erwerben als erhalten wollen. Zu einem „sozialen Stande" gehört auch eine gesicherte Karriere.

In diesen Sätzen ist bereits enthalten, daß nach meiner Meinung die Irrenpflege allein einem Berufspersonale anvertraut werden kann. Nur ein solches verwächst wirklich mit der Anstalt, sichert uns wenigstens einen Stamm zuverlässiger Personen und hütet sich, seine Stellung leichtsinnig durch Ausschreitungen zu gefährden. Da ich hier mit der überwiegenden Mehrzahl der deutschen Irrenärzte übereinstimme, so kann ich mir eine eingehende Begründung versagen, und statt dessen auf *Grasheys* Referat[1]) verweisen, das der Annahme der Heidelberger Thesen[2]) vorausging. Lohnender ist es, die Einwendungen der Gegner, *Ludwigs*, dann auch *Fürstners*, *Kraepelins* und *Hoppes*, einer Prüfung zu unterziehen.

Daß von diesen vieren *Ludwig* weitaus der Vertreter der schärferen Tonart ist, dürfte bekannt sein, ja, man kann zweifeln, ob man die zuletzt genannten überhaupt unbedingt als Gegner bezeichnen darf. Nur *Ludwig* erklärt auch unumwunden: „Die Wärter sollen unverheiratet sein",[3]) während dagegen *Fürstner* durchaus die Schwierigkeit einsieht, die den Leitern von Stadtasylen dadurch erwächst, daß sie ihrem Personale keine Familienwohnung bieten können.[4]) *Kraepelin* stellt in seinem Lehrbuche[5]) beide Ansichten ohne sich für eine zu entscheiden, nebeneinander, hat aber gelegentlich in der Debatte seine Sympathie für *Ludwig* deutlicher bekannt, wie er ja auch unter dem Text nur dessen und *Hoppes* Artikel erwähnt. Dieser endlich schlägt die transitorische Anstellung nur solange vor, als sich die Wärter „aus den untersten Ständen des Volkes" rekrutieren, „die an und für sich für die Irrenpflege ungeeignet sind, oder es nach wenigen Dienstjahren

[1]) L. XIII. S. 801.
[2]) ibid. S. 824-25.
[3]) L. XII. S. 1131.
[4]) Wie ist die Fürsorge usw. S. 51.
[5]) 7. Aufl. I. S. 455.

Digitized by Google

werden“;[1]) bei anderem Material wären ihm Pensionsberechtigung, feste Anstellung und Ansiedelung auf eigenem Gütchen schon recht.[2])

Ludwig meint zunächst, die Versuche, das Pflegepersonal zu einem Berufspersonal zu entwickeln, seien geeignet, „die Autorität des Direktors, seine Berufsfreudigkeit und das Gefühl seiner Verantwortlichkeit zu schwächen, und übertriebene und dabei unfruchtbare Ansprüche an die Zeit und Kraft des Direktors zu stellen.“[3]) Noch deutlicher hatte er sich ein Jahr früher in Karlsruhe geäußert: „Es sollte das Wartepersonal überhaupt keine Beamtenqualität besitzen, es muß ganz in der Hand des Direktors sein. . . . Ich kann nicht gleichmäßig für Kranke und Familien von Wärtern sorgen.“[4]) Hier ist nicht einzusehen, weshalb der Direktor gerade diesen Teil der Verwaltung in seiner Hand behalten muß; ist er genötigt, wie *Ludwig* selbst zugibt, schon die eigentliche Krankenpflege der Aufsicht seiner Oberärzte zu überlassen, so mag er auch mit der Fürsorge für das Personal, falls sie seine Kräfte übersteigt, einen seiner Beamten unter seiner Oberaufsicht betrauen. Ich weiß sehr wohl, was der leitende Arzt für den Geist der Anstalt bedeutet; aber Autorität ist doch nicht dasselbe wie Autokratie; ist der Direktor nur Persönlichkeit genug, so wird er immer reichlich Mittel und Wege haben, um dem Anstaltsleben sein Gepräge aufzudrücken. Ebensowenig vermag ich das folgende Argument *Ludwigs* gelten zu lassen: „Die Persönlichkeit des Wärters ist im Dienste der Anstalt ein Mittel zu einem bestimmten Zweck, dem der Pflege der Kranken . . . ich muß in der Lage sein, mein Werkzeug, wenn es mir nicht mehr genügend Dienste leistet, weglegen zu können.“[5]) Aber Menschen sind keine „Werkzeuge“, keine bloßen „Mittel zu irgend einem Zwecke“; wir haben keinen Grund, auf diese Errungenschaft der *Kant*ischen Ethik zu verzichten.

Wichtiger, ja man kann sagen, der einzig wichtige, ist der nächste Einwand, den ich ebenfalls mit *Ludwigs* Worten wieder-

[1]) C. 1892. S. 538.
[2]) ibid. S. 537. 1895. S. 163.
[3]) L. LIII. S. 811.
[4]) L. LII. S. 1131.
[5]) ibid.

Digitized by Google

gebe: „Da erfahrungsgemäß die Tüchtigkeit und Brauchbarkeit des Wartpersonals nicht in geradem Verhältnis zu dem Dienstalter zu wachsen pflegt, und es nicht angeht, fortschreitend schwächere Leistungen zunehmend besser zu bezahlen, endlich auch die Anstalt auf die volle Kraft, die ungeteilte lernbegierige Aufmerksamkeit und ein noch frisches, empfängliches Gemüt des Wärters angewiesen ist, so empfiehlt sich die Regel, den Verbleib der Wärter und Wärterinnen in dem Dienst der Anstalt der Regel nach auf ein bestimmtes, nicht zu spätes Lebens- und Dienstalter zu beschränken (d. h. auf eine 5—6jährige Dienstzeit)." [1]) Ähnlich meint *Fürstner*: „Der Glanzpunkt der Leistungsfähigkeit eines Wärters ist bald erreicht; dann kommt ein Stadium der übermäßigen Überzeugtheit von der eigenen Vortrefflichkeit, und damit ein Nachlassen im Dienst; auch für Wärterinnen gilt das. Eine lange Dienstzeit ist meines Erachtens nicht zu empfehlen." [2]) Auch *Kraepelin* begründet seinen Standpunkt damit, daß das Personal nach langer Dienstzeit fast regelmäßig psychisch geschädigt ist. [3]) Ganz kategorisch schreibt schließlich *Hoppe*: „Die älteren Wärter taugen und leisten nichts mehr, wenn sie auch in den ersten Jahren leidlich gewesen sind." [4])

Wir gelangen mit diesen Sätzen zu einem der bedeutsamsten Teile der Pflegerfrage, der angeblichen oder wirklichen vorzeitigen Abnutzung des Personals im Betriebe der Anstalten. Hier wird nun niemand leugnen, daß die ganze Schwere des Dienstes, des fortwährenden Umgangs mit Geisteskranken, zumeist auf den Schultern des Pflegepersonals ruht, und wenn es in unserer Macht liegt, diese Last zu erleichtern, so können wir sie doch nicht aufheben. Von den phantastisch-grausenhaften Vorstellungen, die sich der Laie über die Aufgaben des Irrenwärters macht, sehe ich hier ab. Aber auch für das unbefangene Urteil des Fachmanns malt sich die Tätigkeit der Pfleger kaum in besonders rosigen Farben. Das Bekenntnis: „ich verstehe nicht, wie ein Mensch Irrenwärter werden kann," habe ich selbst von mehr als

[1]) L. LIII. S. 811.
[2]) L. LII. S. 1133.
[3]) Lehrb. I. S. 90.
[4]) C. 1892. S. 537.

Digitized by Google

einem Psychiater gehört. „Es ist nicht zu sagen, welches Maß von seelischer und körperlicher Anstrengung, von Selbstverleugnung, von Geduld und von Gewissenhaftigkeit bei Tag und bei Nacht zur Irrenpflege gehört", meint *Siemens*.[1]) „Die Ausübung der Krankenpflege in einem Spital für körperlich Kranke ist spielend leicht zu nennen im Vergleich zu den Anforderungen, die bei der Irrenwartung an das Personal gestellt werden," schreibt *Alt*,[2]) und es muß erwähnt werden, daß selbst er, der erfolgreiche Vorkämpfer für die Schaffung eines Berufspflegerstandes, an gleicher Stelle[3]) sich dahin äußert, daß voraussichtlich nur besonders widerstandsfähige Pfleger 10—15 Jahre im Dienst verbleiben könnten, während das Gros in 5—10 Jahren verbraucht wäre. Dabei ist allerdings nicht zu vergessen, daß diese Befürchtungen vorwiegend theoretischer Art sind, wie sie ja auch aus dem Anfang von *Alts* Direktorenzeit stammen.

Ist nun aber wirklich diese Abnutzung des Personals eine sichere Tatsache, haben wir uns mit ihr wie mit einem unvermeidlichen Übel abzufinden? Schon *Schäfer* (Langenhorn) hat hier vor Übertreibungen gewarnt, er rühmt seinerseits die älteren Wärter als einen zuverlässigen Stamm, „weil sie den größten Teil der Kranken lange kennen, mit den lokalen Verhältnissen vertraut sind und sich in vielen Lagen instinktiv richtig verhalten."[4]) Ich will dieser Lobrede keineswegs in allen Stücken beitreten: mustert man die älteren Pfleger einer länger bestehenden Anstalt durch, so wird man zweifellos solche finden, auf die die obige Beschreibung paßt, daneben aber außer allerhand Mittelgut verschiedene, die wenig mehr leisten und nur mit durchgeschleppt werden. Daß diese für die Anstalten kein Gewinn sind, ist sicher, ja sie können geradezu hinderlich werden, da bei ihnen durchaus nicht immer das Bewußtsein ihrer mangelhaften Dienstfähigkeit entwickelt zu sein pflegt. Dafür stellt aber der andere Teil ein um so wertvolleres Material dar. Gewiß, diese Pfleger sind weniger beweglich als die jungen Leute, wohl auch weniger universell verwendbar: auch

[1]) L. LII. S. 825.
[2]) M. I. S. 439.
[3]) ibid. S. 450; vergl. auch *Pilcz*, L. LVI. S. 492.
[4]) L. LII. S. 1025.

Digitized by Google

von ihnen sind manche „Spezialisten" geworden: andererseits haben sie vielleicht noch das Entstehen der Anstalt aus kleinen Anfängen miterlebt, sind aufs engste mit ihr verwachsen, und empfinden ihren Posten nicht als bloße Brotstelle, sondern als das Feld ihres persönlichen Wirkens; auch ihr Einfluß auf den jüngeren Nachwuchs pflegt nicht gering zu sein. Wie groß der Prozentsatz dieser unter dem älteren Personal ist, kann ziemlich einerlei bleiben, da hier der Mann und nicht die Zahl gilt: fehlten sie aber ganz, so würde ich das ohne Bedenken als einen Verlust für das Anstaltsleben rechnen.

Es ist wenig damit gedient, diese Fälle als Ausnahme hinzustellen, die Degeneration aber als die Regel. Vielleicht ist sogar der Umstand, daß trotz aller Schädigungen des Dienstes sich einzelne Personen in ihm frisch erhalten, wichtiger für die Lösung der Wärterfrage, als alle gegenteilige Statistik. Zeigt er uns doch zum mindesten, daß wir es nicht mit Faktoren zu tun haben, die mit der Geltung eines Naturgesetzes wirken. Zu bedenken ist auch, daß früher doch der Pfleger viel mehr angestrengt wurde als jetzt: die Zahl der Kranken, die auf eine Warteperson kam, war weit größer; unbedenklich wurden nach vollendetem Tagesdienste von den Pflegern regelmäßige Nachtwachen verlangt, ein Ansinnen, das *Deiters* als „uns heute kaum verständlich"[1]) bezeichnet: wurden einmal einem Wärter acht Tage Urlaub bewilligt, so war's ein Ereignis, das in den Jahresberichten veröffentlicht wurde; und auch für die psychische Abnutzung des Personals kann es nicht gleichgültig gewesen sein, daß vordem an den meisten Anstalten statt der Bett- und Bäderbehandlung die Isoliermethode mit ihren abschreckenden Bildern herrschte. Da liegt doch die Frage nahe, ob es sich nicht bei Pflegepersonen, die wir manchmal so überraschend schnell versagen sehen, um ein von vornherein minderwertiges Material handelt, Leute, die sich nur kurze Zeit zusammenreißen, um dann wieder dem alten Schlendrian zu verfallen, — vorausgesetzt, daß nicht an sich unerfüllbare Anforderungen an die Pfleger gestellt werden. Bedenken wir aber erst, wie wenig doch im Grunde — sagen wir im Vergleich mit vielen industriellen

[1]) Ps. W. V. S. 143.

Digitized by Google

erken — für die materielle Wohlfahrt des Personals geschehen , so haben wir vollends keinen Grund, es in trübem Fatalismus inem angeblichen Schicksale, der körperlichen und geistigen nutzung, zu überlassen.

Daß für die den Anstaltsdienst nach limitierter Dienstzeit verlassenden ger auf irgend eine Weise gesorgt werden müßte, hat ja auch *Ludwig* gesehen. Hatte er früher das Personal verpflichtet, sich durch kontrollierte klagen in eine Sparkasse die Mittel für die erste Zeit nach dem Abgange sichern, so ist neuerdings in Hessen eine Art Zivilversorgung geschaffen rden, insofern dort nach sechsjähriger Dienstzeit die Wärter eine Dienstmie von 1000 Mark erhalten und in niederen Dienststellen des Staates r der Eisenbahnverwaltung verwandt werden sollen.[1]) Leider hat die Verung eine Klausel, nämlich die Worte: „unbeschadet der Rechte der Militärärter und berechtigten Zivilbewerber." Wer nun aber weiß, wie scharf n die Konkurrenz der Militäranwärter um alle besseren Stellen ist, wird vornherein die Qualität der den ausgedienten Pflegern[2]) zufallenden Stellen ht allzuhoch schätzen; es werden im wesentlichen diejenigen sein, für die andere Bewerber nicht finden. Gelingt es aber trotzdem einem oder anderen, in eine angesehenere Stellung hineinzukommen, so wird er e Beförderung doch eben nicht der Anstalt verdanken. Der angestrebte erk, die soziale Hebung des Pflegerstandes, wird also nicht erreicht. Noch ger kann ich demgemäß *Fürstners* Vorschlag,[3]) das Personal nach vier- fünfjähriger Dienstzeit lediglich mit einer Prämie von ca. 1000 Mark zu lassen, für eine ausreichende Kompensation ansehen. Gewiß ist die Summe genug, um dem Abgehenden beim Übertritt in einen neuen Beruf manche dernisse aus dem Wege zu räumen, selbst dann, wenn seine Gesundheit den Dienst so angegriffen sein sollte, daß er einen Teil des Geldes ihrer Wiederherstellung verwenden müßte. Die Gefahr liegt hier darin, 1000 Mark Leuten, die niemals mit größeren Summen zu rechnen gehabt waren, wie ein unendliches Kapital erscheinen; finden sich dann noch nötigen „guten Freunde", so ist es möglich, daß das Geld für allerlei

[1]) Ministerial-Verfügung vom 17. Juli 1898. cf. Ber. d. Hilfsvereins 99) S. 28.

[2]) Daß es unter Umständen erwünscht sein kann, einen nicht mehr voll ungsfähigen Pfleger in einer anderen Stelle unterzubringen, will ich nicht en: die Möglichkeit ist aber, zumal in Preußen, äußerst beschränkt. So l man sich damit trösten müssen, daß mit der Größe der Anstalten auch Stellen zunehmen, welche wegen des Umgangs mit Kranken mit geilten Inhabern besetzt werden müssen, ohne doch mit der ganzen Verantwortlichkeit des Wachdienstes belastet zu sein, und seine Invaliden auf e Art im eigenen Hause aufbrauchen; vielleicht der einzige Vorteil, den eine Monstreanstalt bietet.

[3]) L. LII. S. 1133.

unsinnige Unternehmungen daraufgeht und in fremden Taschen verschwindet, ohne dem Eigentümer irgend einen wirklichen Nutzen verschafft zu haben.

Man brauchte vielleicht die ganze Frage nicht mit solcher Ausführlichkeit zu erörtern, wenn sie nicht eine ebenso unangenehme, wie verzweifelt naheliegende Analogie hätte. Davon, daß ja auch unsere Tätigkeit von den praktizierenden Kollegen mehr mit Grauen als mit Neid betrachtet zu werden pflegt, will ich hier nicht reden. Aber auch wir Ärzte „degenerieren mit den vorrückenden Jahren schließlich selbst alle", um *Schäfers*[1]) erfrischend deutliche Worte zu zitieren. Und wenn das Streben der Landesverwaltungen, Riesenanstalten zu errichten, anhält, und dementsprechend die Direktorenposten verhältnismäßig immer seltener werden, so wird sich ein immer größerer Teil von uns Psychiatern darauf gefaßt machen müssen, in nicht leitenden Stellen alt zu werden und „für fortschreitend schwächere Leistungen zunehmend besser bezahlt zu werden," jedenfalls besser, als jüngere und leistungsfähigere Kollegen; spricht doch *Kraepelin* sogar von einem raschen Verbrauch der Irrenärzte.[2]) Wie aber würde es erst mit der ärztlichen Versorgung unserer Anstalten aussehen, wenn nicht wenigstens die Aussicht auf eine Beamtenkarriere bestände. Man kann *Ludwig*[3]) zugeben, daß die weniger intime Berührung mit den Kranken, die höhere soziale Stellung und namentlich die Möglichkeit, seine Kranken hin und wieder auch einmal mit wissenschaftlicher Objektivität betrachten zu können, zugunsten der Ärzte in die Wagschale fallen. Dafür bringt aber der Arzt schon seine durch die „Intelligenzhochzucht" des Gymnasiums und durch die nun einmal zwischen angestrengtem Studium und Alkoholexzessen sich bewegende Universitätszeit geschwächten Nerven mit in die Anstalt. Den Verzicht auf feinere geistige Genüsse, den die einsame Lage von vieler Anstalten bedingt, empfindet er weit härter als der Pfleger, der diese Art der Erholung vielleicht nie gekannt hat. Es kommt hinzu, daß auch wissenschaftliche Produktivität nicht jedermanns Sache ist, vor allem von keinem Arzte verlangt werden kann, wenn er nur sonst den Anforderungen seines Dienstes gerecht wird. Fehlt es doch selbst in der Literatur nicht an Stimmen, die den Arzt rein für den Abteilungsdienst reservieren möchten.[4]) Jedenfalls scheinen mir die zuzugestehenden Unterschiede nicht so groß, um daraus eine völlig verschiedene Behandlung der Pfleger- und Ärztefrage abzuleiten. Ich glaube im Gegenteil, die Interessen der Ärzte und des Personals sind, namentlich den Verwaltungsbehörden gegenüber, in vielen Punkten ganz die gleichen: eine Erkenntnis dieser Solidarität, an Stelle des bestehenden, gewissermaßen offiziellen, Mißtrauens würde die Dienstfreudigkeit beider Teile erhöhen, und somit auch den Kranken wieder zum Segen gereichen.

---

[1]) L. LII. S. 1025.
[2]) Lehrb. I. S. 454.
[3]) L. LIV. S. 109.
[4]) Cf. z. B. *Erlenmeyer*, l. c. S. 105.

Digitized by Google

II.

Man wird gut tun, unter den Anwärtern für die Pflegerstellen zwei Kategorien zu unterscheiden: die erste bilden die ungelernten Arbeiter aller Schattierungen, Tagelöhner, Handlanger, Hausdiener u. a. m.: der andere Teil sind Handwerker, Schreiber und sonstige Professionisten, Leute, die aus irgend einem Grunde in ihrem Berufe nicht weiter kommen, und nun zur Irrenpflege übergehen.

Daß in der ersten Gruppe die geeigneteren Bewerber zu erwarten sind, steht wohl fest. Für sie handelt es sich darum, aus einem Dienst, einer Stellung zu einem Berufe zu gelangen, einen sicheren Grund für ihre Existenz, den sie in jugendlichem Alter zu legen versäumt haben, nun noch in reiferen Jahren zu finden. Für sie bedeutet somit die Anstellung eine tatsächliche Hebung ihres sozialen Niveaus, und namentlich die besseren Elemente unter ihnen, die nicht durch eigene Unfähigkeit, sondern durch ungünstige Verhältnisse gehindert waren, sich einem Berufe zu widmen, werden dies zu schätzen wissen. Das gilt insbesondere für die Stiefkinder unserer Sozialpolitik, die ländlichen Arbeiter, weniger für das städtische Proletariat, und jeder Irrenarzt wird schon erfahren haben, wie aus Leuten, die früher hinter dem Pfluge gingen, sich anstellige, gewandte und verständnisvolle Pfleger entwickelten.

Der Handwerker verfügt gegenüber dem ungelernten Arbeiter über eine bessere technische Durchbildung und wohl auch über eine durchschnittlich höhere Intelligenz; jedoch pflegen es nicht die fähigsten Vertreter des Handwerks zu sein, die sich zu den Wärterstellen drängen. „Wer in einem Handwerk etwas gelernt, wer etwas mehr Schulbildung genossen, entschließt sich nur im Notfall Wärter zu werden," dieses Wort von *Fürstner*[1]) trifft gewiß zu. Industrielle Krisen, Zusammenbrüche größerer Werke pflegen Zahl und Qualität dieser Bewerber zu steigern, aber gerade die tüchtigeren ergreifen doch den Pflegerberuf nur als Unterschlupf und verlassen den Dienst wieder, sobald in ihrem eigentlichen

[1]) Wie ist die Fürsorge usw. S. 47.

Digitized by Google

Beruf die Verhältnisse günstiger werden.[1]) Das Schlimme ist nur, daß man so oft diesen Leuten innerlich Recht geben muß, und manchen brauchbaren Pfleger scheiden sieht, ohne ihm guten Gewissens zum Bleiben raten zu können.

Zu warnen ist direkt vor sogenannten „gebildeten" Pflegern. Freilich wären diese wirklich gebildet, so könnte man einen Versuch wohl wagen: „Je größer die Herzens- und Geistesbildung des Pflegers ist, um so leichter wird er Verständnis für die Leiden der Kranken gewinnen", darin stimme ich *Laehr*[2]) vollkommen bei; ganz abgesehen von der Annehmlichkeit, die für den Arzt darin läge, mit einem ihm gesellschaftlich näherstehenden Personal zu arbeiten. Ja, man darf wohl hoffen, daß, je mehr es gelingt, die Karriere unserer Pfleger zu bessern, auch die Anforderungen an Bildung und Herkunft entsprechend wachsen werden. Was aber unter den gegenwärtigen Umständen aus gebildeten Kreisen zu uns kommt, sind in der Regel gescheiterte Existenzen, die keine Tugenden, wohl aber alle Ansprüche höherer Stände mit sich bringen, den Unterschied zwischen Erhofftem und Erreichtem schmerzlich empfinden und so zu einem Zentrum der Unzufriedenheit in der Anstalt werden. Und so wichtig es in sozialer Hinsicht ist, derartigen Deklassierten, ehe sie völlig sinken, eine Unterkunft zu bieten, dieses ist doch sicher, daß ein Beruf, an dessen Hebung wir so sehr interessiert sind, der so viel Vertrauen fordert wie der des Pflegers, hierzu am wenigsten geeignet ist.

Im übrigen wird man von den neu einzustellenden Pflegern verlangen, daß sie unbescholten, im Besitze guter Zeugnisse, gesund, nicht zu jung, aber auch nicht zu alt und unverheiratet sind: etwas Schreibgewandtheit, wie sie beim Militär von den Lazarettgehülfen gefordert wird, schadet auch nichts. Am geeignetsten sind nach allgemeiner Ansicht junge Männer, die eben von der Truppe entlassen worden sind. Das Höchstalter normiere man lieber zu niedrig als zu hoch: älter als 25 Jahre sollte der Anwärter in der Regel nicht sein. Besonderen Wert möchte ich auch auf die letzte der obigen Forderungen legen und sie eventuell sogar dahin ergänzen, daß der neu Eintretende sich verpflichten muß, eine gewisse Zeit lang, sagen wir 1 bis 2 Jahre, unverheiratet zu bleiben. Soll der Dienst des Pflegers als qualifizierte Arbeit gelten, so muß unter den Eingestellten

[1]) Von den Handwerkern, die auch in der Anstalt als Vorsteher von Werkstätten in ihrem Berufe arbeiten, wird in diesem Zusammenhange abgesehen.

[2]) L. LII. S. 460.

Digitized by Google

eine strenge Auswahl getroffen werden können; das ist aber nur möglich, wenn der Vorgesetzte durch keinerlei Rücksichten auf die Familie des jungen Pflegers gebunden ist.

Die Tatsache selber, daß jeder Pfleger, den wir einstellen, mehr oder weniger zu den Leuten gehört, die ihren Beruf verfehlt haben, werden wir ja doch nicht aus der Welt schaffen können. Für die Kreise, auf die wir angewiesen sind, fällt nun einmal die Berufswahl etwa ins 15. Lebensjahr, mit solchen Knaben können wir aber in der Anstalt schlechterdings nichts anfangen. Daraus folgt ohne weiteres, daß wir mit einem bestimmten Prozentsatz des Wechsels immer werden rechnen müssen. Das Handwerk gibt seine ungeeigneten Elemente in den Lehr- und den ersten Gesellenjahren ab, wir selbst aber werden den jungen unbewährten Pfleger sehr bald voll verantwortlichen Dienst tun lassen müssen. Darin wird auch nur wenig geändert, wenn man die Bewerber als „Anwärter", „Lehrpfleger" einstellt, oder sie eine besonders eingerichtete Pflegerschule passieren läßt: immer wird es sich nur um eine relativ kurze Ausbildungszeit handeln können, die mit der handwerksmäßigen Lehrzeit in keiner Weise zu vergleichen ist.

Wer hier im Anfang hart ist, wird davor bewahrt bleiben, später grausam sein zu müssen und braucht nicht Leute, die zunächst, solange das Gehalt niedrig ist, mit durchgeschleppt werden, auf die Straße zu setzen, wenn sie an höhere Gehaltsstufen heranrücken. Dagegen scheint es mir übermäßig strenge, Pfleger, die bereits an einer anderen Anstalt als solche tätig waren, prinzipiell nicht einzustellen.[1]) Gewiß, zu hüten hat man sich vor „Anstaltsreisenden", unruhigen Naturen, die in keiner Stellung aushalten, und meist in ihrem früheren Dienste nur soviel gelernt haben, wie man seinem Vorgesetzten am wirksamsten ein Schnippchen schlägt. Solange aber Gehälter, dienstliche Stellung, Wohlfahrtseinrichtungen an den einzelnen Anstalten noch derartig verschieden sind wie jetzt,[2]) wird man es einem tüchtigen Pfleger, der an eine Anstalt mit ungünstigen Verhältnissen geraten ist, nicht verdenken, wenn er durch einen Wechsel seine Lage zu verbessern sucht. Im Gegenteil wird man unter diesen Umständen selbst gelegentlich von den sonst gestellten Anforderungen zum Teil absehen können; kann doch sogar das gewiß zu billigende Bestreben, den Kindern eine bessere Schulbildung angedeihen zu lassen, zum Wechsel nötigen. Gegen Enttäuschungen wird man sich, nach

[1]) *Sioli.* J. B. Frankfurt 1893/94. S. 23. *Grashey.* L. LIII. S. 808.

[2]) Vgl. die Statistiken *Karrer* u. *Krömer*, beide leider schon etwas veraltet.

Digitized by Google

Werners[1]) Vorschlag, durch eine Erkundigung bei der früheren Anstalt einigermaßen sichern können.

Noch eines Vorurteils ist zu gedenken, daß wohl manchen sonst geeigneten Mann vom Eintritt in den Pflegerdienst abhält. Krankenpflege gilt als Frauenarbeit, d. h. als eine Arbeit, „die des Mannes nicht ganz würdig ist." Das Wort „Schwester" im Sinne von Krankenpflegerin ist uns allen vertraut, während der entsprechende Titel „Bruder", für mich wenigstens eines etwas komischen Beiklangs nicht entbehrt. Und auch in ärztlichen Kreisen ist die Ansicht ziemlich allgemein verbreitet, daß weibliche Krankenpflege der männlichen erheblich überlegen ist. „Jeder, der Gelegenheit gehabt hat, männliche Krankenpflege mit der durch Frauen zu vergleichen, wird zugeben müssen, daß durch die Einführung der Schwesternpflege ein außerordentlicher Fortschritt erreicht ist", schreibt noch jüngst *Jessen*.[2]) Nun fehlt es bekanntlich nicht an Stimmen, die es befürworten, auch in der Irrenpflege ausgedehnteren Gebrauch von weiblichen Hilfskräften zu machen, und insbesondere die Wach- und Siechenabteilungen ihrer Pflege anzuvertrauen. In Amerika, Holland und Schottland hat man diese Vorschläge bereits in Praktische übersetzt,[4]) in Deutschland ist man wohl über einige schüchterne Versuche nicht hinausgekommen.[5]) Die Idee ist gewiß beachtenswert, auch ist nach den gemachten Erfahrungen nicht zu zweifeln, daß der Vorschlag ausführbar sein und die Einrichtung sich zum Wohle der männlichen Kranken bewähren würde. Man braucht ja nur zu bedenken, einen wieviel behaglicheren Eindruck meist die Frauenabteilungen machen als die korrespondierenden männlichen, um auch den kranken Männern die zweifellos geschicktere weibliche Pflege zu wünschen. Freilich, männliche Hilfeleistung ist in keinem Falle zu entbehren. Nun will ich die Gefahr, die sich aus der engen Berührung des männlichen und weiblichen Personals ergeben könnte, nicht einmal überschätzen — Liebesverhältnisse unter den Angestellten haben sich noch an jeder Anstalt angeknüpft. Die Dienstverteilung wird es aber von selbst mit sich bringen, daß den Männern alle gröberen, unangenehmeren Leistungen zufallen, und daraus wird sich, trotz aller theoretischen Gleichberechtigung, mit innerer Notwendigkeit eine Unterordnung der Wärter unter die Pflegerinnen ergeben. Auch die Stellung des übrigen männlichen Personals, das an größeren Anstalten für den Arbeitsbetrieb überall doch nicht zu ersetzen ist, würde hierdurch sicher gedrückt werden; die Folgen

[1]) Pr. W. II. l. c.

[2]) Soziale Krankenpflege in Krankenhäusern. 1904. S. 126.

[3]) *Scholz*. Reform der Irrenpflege. S. 69/70. *Fürstner*. Fürsorge. S. 52 bis 54.

[4]) *Hoppe*. State of New-York. Ref. C. 1896. S. 443/44. *van Erp Taalman Kip*. Ps. W. II. S. 185/86. *Robertson*. Hospital Ideals in the Care of the Insane. Journ. of Mental Science XLVIII. S. 273 ff.

[5]) *Boege*. Ps. W. VI. S. 416.

Digitized by Google

rden sich in der minderen Qualität der Anwärter zeigen, und auch höhere zahlung wird hier nur wenig bessern können. Ich gestehe offen, daß mir ser Preis für das Experiment zu hoch wäre, wenigstens für Anstalten, die f stabiles Personal Wert legen; am ehesten mögen für einen Versuch noch idtasyle, Kliniken und solche Anstalten in Betracht kommen, die überhaupt n Berufspersonal zu halten wünschen.

Von der ausgesprochenen Absicht, das Ansehen des Personals zu heben, t dagegen ein anderer Vorschlag aus, nämlich den Pflegern die niedere beit abzunehmen und sie besonderen „Dienern" zu überweisen,[1]) etwa wie m Militär die Arbeit zwischen Lazarettgehülfen und Krankenwärtern ver- lt ist. Man kann wohl sagen, daß dieser Plan seine Absicht durchaus eichen würde, wenn er durchführbar wäre; gerade diese bezweifle ich aber, enfalls für Deutschland. Entstammen „Pfleger" und „Diener" derselben ialen Schicht, so ist das Nebeneinanderarbeiten beider eine Quelle ewiger eitigkeiten; oder aber, wir bekommen mit den „Dienern" ein derartiges terial in die Anstalt, daß uns die „Dienerfrage" bald mehr Sorgen machen d, als wir in der „Pflegerfrage" losgeworden sind. Die dritte, auch nicht ie unwahrscheinliche Möglichkeit wäre die, daß sich für die Dienerstellen rhaupt keine Aspiranten finden und dann die Pfleger doch wieder notge- ngen jene Arbeiten verrichten müßten. Etwas anders läge die Sache, nn man als „Diener" junge Leute von 17—18 Jahren einstellen könnte, d sie allmählich zu Pflegern aufrücken ließe: da aber macht uns die allge- ine Dienstpflicht einen Strich durch die Rechnung. Ich halte es daher das beste, auch die Hausarbeit von den Pflegern mitbesorgen zu lassen: gt man nur dafür, daß diese nicht als etwas minderwertiges, etwa gar als afdienst angesehen wird, so hat man damit sogar ein sehr angenehmes gengewicht gegen den verantwortlichen Wachdienst.

Alles in allem empfehle ich also, nicht auf Pfleger aus andern eisen, sondern auf gut qualifizierte Personen aus denselben ialen Schichten wie bisher sein Augenmerk zu richten. Daß r nun, wenn wir solche bekommen wollen, ihnen als Gegen- stung einen anständigen Lohn zahlen müssen, ist so selbst- rständlich und so sehr von allen Seiten anerkannt, daß es müßig re, darüber noch viele Worte zu verlieren. Ebenso steht fest, ß sich über die absolute Höhe des Lohnes nichts sagen läßt: 0 Mark sind in Allenberg oder Brieg etwas ganz anderes als Berlin oder München.

Streitig kann nur sein, ob man, wie in München, gleich von Anfang an beträchtliches Gehalt zahlen soll, oder, wie es wohl meist der Fall ist, Pfleger mit einem verhältnismäßig niedrigen, dann aber rasch steigenden

[1]) *Oláh, Schaffer, Epstein.* Thesen, Budapest. Ps. W. I. S. 462.

Digitized by Google

Lohne beginnen läßt. Doch wird, wenn es bei dem letzteren Modus gelin einigermaßen geeignetes Personal zu finden, wohl kaum eine vorgesetzte B hörde geneigt sein, zu dem anderen überzugehen. Es kommt aber dara an, das Anfangsgehalt so rasch zu steigern, daß es schon nach wenigen Jahr dem Pfleger möglich ist, zur Gründung einer eigenen Familie zu schreite Ferner bemesse man die Zulagen so, daß sie dem Pfleger auch wirklich s solche zum Bewußtsein kommen: Summen von 36 Mark jährlich, wie sie z. *Werner* für ausreichend erklärt, entsprechen dieser Forderung unbedin nicht, da der Pfleger mit täglich 10 Pf. Mehrgehalt in keiner Weise sei Lebensführung merklich aufbessern kann; zu diesem Ende müßten die Z lagen mindestens das Drei- bis Vierfache der obigen Summe betragen. Ve kehrt ist es auch, die Steigerung von einem Durchschnittsgehalt, eine limitierten Etatsposten oder ähnlichem abhängig zu machen; es ist ein Wide sinn, einmal durch Zulagen auf ein möglichst stabiles Personal hinzuarbeit dann aber, je mehr diese Absicht erreicht ist, die Lage der nachfolgend Pfleger zunehmend ungünstiger zu gestalten.

In positiver Hinsicht möchte ich daher vorschlagen, dem eintretend Pfleger (Lehrpfleger, Anwärter) für die ersten Monate ein auskömmlich Taschengeld zu gewähren, dessen Höhe in den meisten Gegenden Deutsc lands, natürlich neben freier Station, wohl auf monatlich 30 Mark zu n mieren wäre: wenn man will, kann man ja nach drei Monaten eine klei Aufbesserung eintreten lassen. Nach sechs Monaten rückt der Lernende zu etatsmäßigen Pfleger auf, eventuell wenn er vorher eine Prüfung bestand hat: sein Gehalt inkl. der Nebenbezüge, freier Station, Dienstkleidung us sollte jetzt dem ortsüblichen Lohne des gewerblichen Arbeiters gleic kommen, das zunächst zu erreichende Endgehalt beträchtlich über diese liegen, und es ist von Bedeutung, daß es schnell erreicht wird, am bes wohl durch jährliche Zulagen von 100—120 Mark. Für die älteren Pfle treten dann wieder langsame Steigerungen um geringere Summen ein, b nach etwa 20 Dienstjahren das definitive Höchstgehalt erreicht ist.[1]) D Schema hat den Vorteil, auf alle Fälle anwendbar zu sein, ob nun die Pfleg in jeder Anstalt selber oder in besonderen Pflegeschulen ausgebildet werd

[1]) Vgl. auch *Hoppe* C. 1892. S. 538 und *Erlenmeyer* l. c. S. 98. Ann Der Vollständigkeit halber erwähne ich noch *Hoppes* Vorschlag, den Wärte während der Ausbildungszeit gar keine Barbezüge zu gewähren (ibid. S. 53 Die Absicht, auf diese Art den Wärterberuf zu „einer ernsten Angelegenhei zu machen, „auf die man sich vorbereiten muß" und die etwas kostet, m gut sein; praktisch durchführbar ist sie kaum; wer hat denn in den niedere Kreisen, zumal nach der Militärzeit, noch die Mittel, um sich sechs Mona ohne Lohn zu erhalten. Auch das in Sachsen den Pflegerschülern gezahl „Taschengeld" von 4,50 Mark monatlich (*Ilberg*, Irrenanstalten, S. 37) scheint mir außerordentlich niedrig bemessen zu sein.

Ganz kurz will ich hier endlich noch auf die vielfach beliebten Diens

Digitized by Google

III.

Die Besoldungsfrage ist wichtig, dennoch tritt sie an Bedeutung hinter der andern Aufgabe zurück, dem Personale eine angemessene dienstliche und soziale Stellung zu schaffen. Und sind wir dort vollständig von dem Wohlwollen und dem Verständnis der Landesbehörden abhängig, so werden wir hier mancherlei wertvolle Einrichtungen selbständig treffen können. Ganz ohne finanzielle Aufwendungen wird es freilich nicht abgehen, zumal an Anstalten, wo die soziale Fürsorge für das Personal noch völlig in den Kinderschuhen steckt.

„Das Pflegepersonal soll vor den Kranken nichts voraus haben, es lebt in jeder Beziehung gemeinsam mit den Kranken", das war früher das Dogma, an dem bei Behandlung der Pflegerfrage nicht gerüttelt werden durfte. Andrerseits verlangte man auch wieder von dem Pfleger, daß er im Verkehr mit den Patienten den nötigen Abstand zu wahren wissen sollte. Daß man bei diesem Postulate durchaus das Wohl der Kranken im Auge hatte, will ich gern anerkennen, nichtsdestoweniger aber behaupte ich, daß es, weil es eben in sich widerspruchsvoll war, den Pfleger oftmals in schwierige Lagen führen mußte. Ich freue mich, daß man heutzutage mehr und mehr an der ewigen Gültigkeit der obigen Sätze zweifelt, namentlich, daß auch *Puetz*, der ihnen noch in seinem bekannten Buche beredten Ausdruck verliehen hat[1]), in der Praxis sie durchaus nicht mehr streng aufrecht erhalten, und sich in manchen Stücken den *Alt*schen Anschauungen genähert hat.

Die enge Berührung des Personals mit den Kranken ist ein Übel, wenn auch ein notwendiges; sie macht es dem Pfleger so

---

prämien zurückkommen. Soweit diese nach einer Reihe von Dienstjahren fällig werden, haben sie nur den Wert eines einstweilen innebehaltenen Lohnanteils, und würden aus den oben (S. 10) genannten Gründen, die auch hier gelten, besser durch eine Erhöhung des Lohnes ersetzt. (Cf. *Sioli*, L. LIII. S. 822.) Eine andere Art sind die an Pfleger auf besonders verantwortlichen Posten gezahlten Funktionszulagen, die einen gewiß zu billigenden Zuschlag für Qualitätsarbeit darstellen.

[1]) Die Kolonisierung der Geisteskranken S. 151. 209.

Digitized by Google

schwer, für die Äußerungen krankhafter Geistestätigkeit Verständnis zu gewinnen, sie zwingt ihn, sehr zum Schaden seiner Autorität, seine sämtlichen Intimitäten vor Augen der Patienten bloßzulegen, sie ist vor allem die Quelle der bekannten Pflegernervosität mit ihren unerfreulichen Erscheinungen, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, seltsamen brutalen Mißhandlungen bei sonst gutmütigen Leuten. Wie kann man von diesem Punkte aus das ganze Verhältnis zwischen Pflegern und Kranken ordnen wollen? Der Pfleger ist kein Kranker, er hat nicht als zufälliger Bestandteil der Anstaltsbevölkerung, sondern als der verständnisvolle Gehilfe des Arztes zu gelten: nur als solcher wird er seinen Dienst schätzen und lieben lernen, und nur auf dieser Grundlage wird es möglich sein, ihm ein wirkliches Standesbewußtsein beizubringen.

Zunächst ist es zu diesem Zwecke notwendig, der Stellung des Pflegers in sich selbst die nötige Sicherheit zu geben, d. h. mit andern Worten, der Pfleger muß Beamter werden, mit allen Pflichten, aber auch mit allen Rechten eines solchen, Wohnungsgeldzuschuß, Pensionsberechtigung usw. Ich stehe nicht an, diese Forderung in den Mittelpunkt der ganzen Pflegerfrage zu rücken. Natürlich muß der definitiven Anstellung eine Probezeit vorausgehen — in Sachsen beträgt sie beispielsweise zwei Jahre:[1]) es ist aber ein Unding, diese Probezeit durch künstliche Maßregeln ins Unendliche zu verlängern, die Pfleger erst anzustellen, wenn sie alt und grau geworden sind, oder gar, aus Mangel an geeigneten Applikanten, die Stellen für beamtete Pfleger offen zu lassen.[2]) Auch das halte ich für bedenklich, nur einer Elite der Pfleger die Beamteneigenschaft zu gewähren: wem ich es nicht zutraue, die allgemeinen Beamtenpflichten erfüllen zu können, der ist auch für den Pflegerberuf mit seiner hohen Verantwortlichkeit nicht geeignet; zudem bilden die dauernd Übergangenen als Pfleger zweiter Klasse auch gerade kein erfreuliches Element im Anstaltsleben.

Nächstdem erachte ich es für wichtig, jeden Pfleger schon nach kurzer Zeit in die Lage zu versetzen, sich zu verheiraten.

[1]) *Ilberg*, l. c. S. 37.

[2]) Beispiele bei *Krömer* l. c.

Digitized by Google

Ich spreche hier nicht mehr von der finanziellen Unterlage dieses Postulates, sondern denke an die darüber hinausgehende Neigung vieler Reglements, die Verehelichung des Personals von Heiratskonsensen, Freiwerden einer Dienstwohnung u. a. m. zu knüpfen. Der Pfleger wird nie einsehen, daß ihm eine Wohltat erwiesen wird, wenn er länger als seine Alters- und Standesgenossen auf die Heirat verzichten muß. Dienstwohnungen sind gewiß erwünscht[1]), stehen sie aber nicht in genügender Zahl zur Verfügung, so ist noch immer die beste Methode, man läßt die Pfleger heiraten, ohne von Anstaltswegen davon Notiz zu nehmen. Tatsächlich ist ja auch die Anstalt nur daran interessiert, daß der Pfleger nicht eher Hochzeit macht, als sein Gehalt zur Gründung einer Familie ausreicht, damit er nicht in ihr statt Erholung und Behaglichkeit neue Sorgen zu den Anstrengungen des Dienstes findet. Jedenfalls verfüge ich über Erfahrungen, daß die Pfleger bei diesem System sich durchaus wohl fühlten, ja, zu einem gewissen kleinbürgerlichen Wohlstand gelangten, selbst Hausbesitzer wurden, und — das beste Zeichen aufstrebender Familien — auch größere Aufwendungen nicht scheuten, um ihren Kindern den Weg zu sozial höher gewerteten Stellen zu ebnen.

---

[1]) Ihre Vorteile bestehen darin, daß sie zumeist wohl der Anstalt nahe liegen, so daß ein geringerer Teil der Urlaubszeit auf Wege verwandt wird; sodann, daß sie den Pfleger von der Mietsspekulation unabhängig machen. Werden zudem die Wohnungen gegen billigen Zins abgegeben (Uchtspringe fordert z. B. nur 50 M. jährliche Miete, während in der Umgebung von Scherbitz Wohnungen kaum unter 120—150 M. zu haben sind), so bedeutet das eine wesentliche pekuniäre Aufbesserung des Personals. Der gegen die „Arbeiterkolonien" der Fabrikanten oft erhobene Einwand, daß sie nur die Abhängigkeit vom Arbeitgeber steigern, trifft ja hier, wo das Ziel ein beamtenartiges Verhältnis ist, nicht zu (cf. *Herkner*, Arbeiterfrage, 3. Aufl. 1902 S. 478). Auch den ästhetischen Wert nett angelegter Pflegerdörfchen will ich nicht gering anschlagen. Nicht beistimmen kann ich dagegen der prinzipiellen Verbindung von Dienstwohnung und Familienpflege nach Uchtspringer Art; zum mindesten wird man für kinderreiche Familien Ausnahmen zulassen müssen. Zu erwägen wäre auch, ob sich nicht die Ansiedelung des Personals in Form einer gemeinnützigen Baugenossenschaft, event. mit provinzieller Unterstützung, ermöglichen ließe. Das Risiko der Verwaltungsbehörden wäre ja dabei entschieden geringer, als wenn sie die Wohnungen auf eigne Rechnung errichten ließen.

Digitized by Google

Notwendig aber ist vor allen Dingen, daß man dem Pfleger wirklich Zeit gibt, am Familienleben teilzunehmen. „Verheiratete Wärter, die in der Anstalt essen müssen, kaum jemals eine Mahlzeit in ihrer Familie einnehmen und nur ab und an zu Hause erscheinen, um dort zu nächtigen, können nicht jenen Grad innerer Zufriedenheit und sittlicher Vollkommenheit erreichen, der zur richtigen Ausübung ihres schweren Berufes erforderlich ist. Ein Mann, der etwas leistet und etwas auf sich hält, kann und muß verlangen, daß er auch ein wirkliches Familienleben führen kann.“ Es wäre überflüssig, diesen Worten *Alts*[1]) irgend etwas hinzuzusetzen. Und auch zur Widerlegung eines bekannten Einwands kann ich mich hier darauf beschränken, *Alts* Worte zu wiederholen: „Der vielgehörte Einwand, es sei zu befürchten, daß die Wärter, denen die Beköstigung ausgezahlt werde, auf den Abteilungen den Kranken das Essen wegäßen, stammt noch aus einer Zeit, in der man es nur mit Türschließern zu tun hatte oder zu tun zu haben glaubte, die, sobald der Arzt den Rücken gewandt hatte, Unfug und Unredlichkeit begingen. In der heutigen Irrenpflege muß man Wärter haben, denen man vertraut und vertrauen kann. Ein Mann, dem Vertrauen entgegengebracht wird, dem ein auskömmliches Einkommen gewährt ist, wird sich auch dessen würdig erweisen. Begeht er dann auch nur die geringste Unredlichkeit, so ist er zu entlassen.“[2]) Nur auf eines möchte ich noch hinweisen, wie widersinnig es doch im Grunde genommen ist, wenn man z. B. einem Stationspfleger die Verwaltung eines Inventars überläßt, das jeder Kompagniekammer Ehre machen würde, und doch wieder fürchtet, er könnte die Kranken um die ihnen zukommende Kost betrügen. Merken die Pfleger nur, daß die auf Vertrauensbruch gesetzten Strafen keine bloßen Drohungen sind, sondern im Ernstfalle rücksichtslos vollzogen werden, so werden auch die weniger redlichen Elemente sich wohl vor Betrügereien hüten. Übrigens hat zu diesem Thema schon *Erlenmeyer*[3]) sehr richtig bemerkt, daß dem Pfleger die freie Statio-

[1]) J. B. Uchtspringe 1897 99 S. 45.
[2]) Ibid. S. 46.
[3]) l. c. S. 88.

Digitized by Google

gemeinhin zu einem viel zu hohen Satze auf den Lohn angerechnet wird, daß sie für ihn, statt der üblicherweise angesetzten 300 bis 400 M. nur einen Wert von etwa 200 M. hat. Schon um diese ewige Quelle des Mißvergnügens zu stopfen, sollte man nicht engherzig auf der Naturalverpflegung des Personals bestehen. Eine weitere beliebte Methode, den Pflegern die Schlafstätte in der Anstalt (auf den Abteilungen) als Dienstwohnung anzurechnen, und daraufhin den Wohnungsgeldzuschuß einzubehalten, erachte ich direkt für unzulässig.[1])

Der Dienst selbst sollte, wie gesagt, mehr als bisher von dem Gesichtspunkte aus geordnet werden, die Berührung des Personals mit den Kranken auf das durch die Umstände gebotene Mindestmaß zu beschränken. Wenn wir auch hier von dem wünschenswertesten Ziel, einem begrenzten, meinethalben zehn- oder selbst zwölfstündigen Arbeitstage[2]), noch weit entfernt sind, so können wir doch jetzt schon alle die Einrichtungen beseitigen, die jener Forderung entgegenstehen. Dazu gehört namentlich die gemeinsame Bespeisung der Kranken und Pfleger, dazu gehört ferner der Mangel von besonderen Wärterzimmern und Erholungsräumen. Diese freilich werden wir nicht an jeder Anstalt nachträglich ohne weiteres schaffen können, wohl aber läßt sich eine besondere Beköstigung des Personals ohne Mühe überall durchführen.

Gewiß, jede Abteilung verfügt über Abteilungen, die von ruhigen, sozialen, zuverlässigen Patienten bewohnt werden, und in denen es für das Personal durchaus kein Opfer bedeutet, mit den Kranken zusammen zu essen und zu schlafen. Leider aber sind diese Abteilungen überall die Ausnahme, die Häuser für Unruhige und Blöde sind stets größer als diese Elitevillen. Daß es aber eine Zumutung für die Pfleger ist, mit störenden und unsauberen Kranken den Tisch und den Schlafraum zu teilen, darüber sollte eigentlich kein Zweifel mehr bestehen. Ich will hier auf die für und gegen Wärterzimmer vorgebrachten Argumente nicht weiter eingehen, da mir die Diskussion durch die einschlägigen Stellen

---

[1]) Ps. W. I. S. 231.

[2]) Vgl. *Kurella.* C. 1895. S. 343 44.

Digitized by Google

in den Schriften von *Fürstner* und *Scholz* sen.[1]) und den, zudem leicht zugänglichen Artikel von *Scholz* jun.[2]) erschöpft zu sein scheint; nur darüber will ich meiner Freude Ausdruck geben daß gegenwärtig mehr und mehr auf diese Forderungen bei Anstaltsneubauten Rücksicht genommen wird.[3]) Einzelne Pflegerzimmer, so für die Tags schlafenden Nachtwachen, wird ja sowieso jede Anstalt haben müssen. Schon aus disziplinären Gründen sollte man aber zum mindesten für die Stationspflege überall eigne Zimmer einrichten.

Der Dank dafür, zuerst die besondere Bespeisung des Personals angeregt und in größerem Umfange durchgeführt zu haben gebührt wohl *Alt*. Die Idee, die ihn dabei leitete, daß es nämlich feinfühligeren Personen widerstreben muß, die gleiche Nahrung, die sie vorher mühsam unsauberen und hilflosen Kranken eingelöffelt haben, hinterher selbst zu genießen, ist so evident richtig, daß sie nur ausgesprochen zu werden brauchte, um anerkannt zu werden.[4]) *Alt* ließ darum zuerst den Pflegerinnen später auch den Pflegern in besonderen Räumen eigens für sie bereitete Speisen vorsetzen, und auch in Alt-Scherbitz hat man sich mit gutem Erfolge zur Einrichtung eines Pflegertisches entschlossen. Für diese Maßregel spricht nach meiner Meinung schon das eine, daß auf diese Art für jeden Pfleger wenigstens einmal am Tage eine Stunde kommt, da er keine Kranken um sich sieht und der dauernden Verantwortung enthoben ist.

Daß ferner der Dienst einigermaßen abwechslungsreich sein soll, daß schon im Turnus des Tagesdienstes der Pfleger bald an mehr, bald an weniger verantwortlicher Stelle zu beschäftigen ist, vor allem aber, daß die Pflege der unruhigen Kranken in angemessener Zeit abgelöst werden und auf ruhigere Abteilungen übergehen müssen,[5]) das alles sind ja eine Reihe von Selbstver-

[1]) *Fürstner* l. c. S. 48—50. *Scholz*. Reform d. I. S. 67 68.

[2]) Ps. W. I. S. 457. Dagegen *Werner* ibid. S. 157 ff.

[3]) Siehe u. a. die von *Moeli* publizierten Pläne von Buch Ps. W. I S. 467 f.

[4]) J. B. Uchtspringe 1897/99 S. 80.

[5]) Ich will hier wenigstens ganz kurz auf den Wert hinweisen, den ein umfangreicher Außendienst auch für die Erholung des Pflegepersonals, nicht nur der Kranken hat; es ist charakteristisch, daß gerade die Leiter von Stadtasylen (Kliniken) und auch *Ludwig*, der von einer Beschäftigung der Kranken

Digitized by Google

ständlichkeiten, die hier nur erwähnt werden sollen. Für wünschenswert erachte ich es auch, wenn mit äußerlichen Anerkennungen treu geleisteter Dienste nicht allzusehr gekargt würde; es ist ja nun einmal so, daß jeder über Titel und Orden lacht, und sie dennoch gerne trägt; den älteren Pflegern einen sie von den jüngeren unterscheidenden, im dienstlichen Verkehr anwendbaren Titel zu geben, hat doch jede Verwaltung in der Hand. Darüber hinaus aber sollten für begehrtere Posten an der Anstalt stets zunächst dafür passende Pfleger in Betracht kommen; selbst die Oberpflegerstellen mit besonders geeigneten Pflegern zu besetzen, halte ich für viel besser, als für sie anderweitige, oft in der Irrenpflege ganz unerfahrene Bewerber heranzuziehen. Der Möglichkeit, daß dann etwa Oberpfleger und Pfleger zu sehr fraternisierten, kann man wirksam begegnen, wenn man die dienstlichen und gesellschaftlichen Unterschiede zwischen beiden dick genug unterstreicht.

Ziemlich allgemein sind heute wohl an jeder Anstalt Einrichtungen getroffen, den Pflegern, außer der natürlich vor allem wichtigen Ausbildung am Krankenbett, einen systematischen Unterricht zu erteilen: die Frage ist nur, wie weit im übrigen dieser Unterricht auszudehnen ist. Nach meiner Ansicht — und ich hoffe, daß darin mir viele Kollegen beistimmen — sind diese Instruktionsstunden ja weit weniger Selbstzweck als Mittel zum Zweck. Was ein Pfleger **kann**, wie weit er Vertrauen verdient, alles das zeigt er im Umgang mit den Kranken, auf der Abteilung, nicht im Unterricht. Wohl aber kann sich der instruierende Arzt ein Bild von den intellektuellen Fähigkeiten seiner Pfleger machen, und auch das Standesgefühl des Pflegers wird nur gewinnen, wenn er einer besonderen ärztlichen Unterweisung gewürdigt wird. Was man vortragen will, ist darum mehr oder weniger Geschmackssache, nur empfehle ich, bei aller elementaren Darstellungsweise lieber etwas zu viel als zu wenig zu geben, damit auch intelligentere Pfleger auf ihre Kosten kommen. Glaubt man, zur Sicherung des Erfolges diese Kurse mit einer Prüfung abschließen zu müssen, so wird auch dagegen nicht viel einzuwenden sein, nur verkenne man nicht, daß der Wert einer solchen auch kein anderer als ein suggestiver ist. Muß doch selbst *Mercklin*, der im übrigen warm für ein Schlußexamen eintritt,[1])

---

in Heilanstalten bekanntlich wenig wissen will, am meisten über Abnutzung der Pfleger klagen.

[1]) C. 1896. S. 459. Ps. W. II S. 171.

Digitized by Google

zugeben, daß „nicht die Prüfungsresultate, sondern das Verhalte des Geprüften und Unterrichteten in der Krankenpflege nachhe in Betracht kommen." Die Gefahr jedes Examens, daß nämlic ein begabter, aber flüchtiger Mensch weit besser abschneidet, al ein schwerfälliger, aber zuverlässiger, liegt jedenfalls außerordent lich nahe, und sie würde uns u. U. in die unangenehme Lage ver setzen, die Ergebnisse unserer eigenen Prüfungen nicht zu berück sichtigen. Zwei Prüfungen gar, wie sie *Erlenmeyer* vorschläg scheinen mir vollends des Guten zu viel, namentlich in Hinsich auf das späterhin zu erwartende Gehalt. Wohl aber entnehm ich seinen Vorschlägen so viel, daß nicht nur die jüngeren sondern auch die älteren Pfleger zu Wiederholungs- und Fort bildungskursen heranzuziehen sind. Vielleicht lassen sich au diesem Boden auch die im Anfang des Abschnitts erwähnte Differenzen zu Versöhnung bringen; denn sicher ist manche für Stationspfleger usw. von Interesse, was für die jungen Leut nur Ballast wäre. Ich will noch bemerken, daß ich mit *Mercklin* Anregung, in und neben diesen Kursen auch die allgemeine Bil dung des Personals zu fördern, durchaus sympathisiere.[1])

Ebenso bin ich mit *Mercklin* darin derselben Meinung, da ich besondere Pflegerschulen zum mindesten für entbehrlic halte,[2]) ja ich muß gestehen, mich noch weniger als er mit de Idee befreunden zu können. Schon der zugrunde liegende Ge danke, daß die Verhältnisse an allen Irrenanstalten annähern gleich sind, ist eine Fiktion. Pfleger, die an einer moderne Open-door-Anstalt lernten und dann einer geschlossenen Anstal überwiesen würden (und umgekehrt), müßten in manchen Stücke doch völlig wieder umlernen. Was soll ferner geschehen, wen an einer Anstalt im Bezirk der Pflegerschule plötzlich Vakanze entstehen? Von etwaigen Klagen der Direktoren wegen des ihne zugewiesenen „ausgebildeten" Personals will ich gar nicht weite reden: sie werden einfach nicht zu vermeiden sein, aber von selbs verstummen, wenn jede Anstalt die Verantwortung für die Au wahl und Ausbildung ihrer Pfleger selbst trägt.

[1]) C. 1896. S. 458.
[2]) *Erlenmeyer* l. c. S. 100.

Digitized by Google

Bekanntlich ist diese Zentralisation der Ausbildung im Königreich Sachsen seit 1887 durchgeführt worden, und hat sich nach offiziellen und anderen Angaben[1]) bewährt. Von ärztlicher Seite ist gegen das sächsische System insbesondere das angeführt worden, daß es ein Fehler war, das Bildungswesen geistlicher Aufsicht zu unterstellen. Auch ich schließe mich diesem Bedenken, bei aller Anerkennung des Geleisteten, unbedingt an: das schöne Vorrecht des Geistlichen, Vertrauensmann und Vermittler zu sein zwischen oberen und unteren Beamten, wird auf das empfindlichste geschädigt, wenn man ihn in die Reihe der Vorgesetzten des Personals einordnet. Dagegen dürfte der zugrunde liegende Gedanke, Organisation des Personals um ein Pflegerheim als geistiges und geselliges Zentrum, überall Nachahmung verdienen. *Erlenmeyer's* Frage, ob in Deutschland an irgend einer Anstalt ein besonderer Erholungsraum für die Pfleger existiere,[2]) kam ja freilich in dieser Form schon 1896 stark post festum: andrerseits muß man leider zugeben, daß seine Vorschläge bis heute noch nicht die verdiente Berücksichtigung gefunden haben. Wie viele Anstalten haben noch immer nicht die geringsten Einrichtungen für das dienstfreie Personal geschaffen? Vielfach gestattet man ihm ja wohl statt dessen, sich nach beendigtem Tagesdienste noch ein Weilchen in den Aufenthaltsräumen der Abteilungen untereinander zu unterhalten; aber „in den Krankenzimmern, ja selbst nur in der Nähe der Kranken ist eine wirkliche Erholung nicht möglich."

Ich weiß sehr genau, daß das Wort „Organisation" in manchen Ohren einen unangenehmen Beiklang besitzt und die Erinnerung an Sozialdemokratie, Streik und Boykott weckt. Das ist auch wohl der Grund, weshalb in der Literatur so wenig davon die Rede ist; soviel ich sehe, ist nur *Scholz* sen. warm dafür eingetreten, Berufsgenossenschaften unter dem Personal zu gründen.[3]) Ich selbst sehe den Wert einer solchen „Pflegerschaft" (das von *Scholz* gebrauchte Wort „Bruderschaft" liebe ich nicht), die aus

[1]) *Güntz* L. L. 772ff. *Ilberg* l. c. S. 38.
[2]) *Erlenmeyer* l. c. S. 93.
[3]) Ref. d. Irrenpfl. S. 68.

Digitized by Google

ihrer Mitte als Organ einen „Pflegerausschuß" wählte,[1]) vor allem in der Erweckung eines wirklichen Standesbewußtseins. Daß dieses sich nicht immer gerade den Anschauungen der Ärzte ganz konform äußern wird, setze ich voraus: den gegenwärtigen Zustand aber, daß zuweilen belanglose Kleinigkeiten mit allen Zeichen ehrlicher Entrüstung dem Vorgesetzten gemeldet werden, während zu andern Zeiten das Ehrgefühl des Pflegers gegenüber groben Vergehungen völlig versagt, halte ich erst recht für unerträglich. Aufgabe des Ausschusses wird es sein, etwaige Wünsche der Pflegerschaft dem Direktor vorzutragen, bei Streitigkeiten der Pfleger untereinander die Vermittlung zu übernehmen, in erster Linie aber, innerhalb der Grenzen des Reglements als Vorstand des Pflegerheimes zu dienen. Will der Direktor sich auf die Zusammensetzung dieses Ausschusses einen gewissen Einfluß sichern, so wird ihm dieses unbenommen sein. Auch muß es ihm natürlich freistehen, den Beirat des Ausschusses unter besonderen Umständen, bei Verteilung von Gratifikationen, Unterstützungsgesuchen usw. einzuholen.

Ob man nun ein solches Pflegerheim neu errichtet, oder vorhandene Räume dafür adaptiert, das wird sich nach den örtlichen Verhältnissen richten. Notwendig ist nur, daß das Heim außerhalb der „Krankenatmosphäre" liegt. Das beste wäre wohl, wenn es bei möglichst zentraler und zugleich ruhiger Lage die Speiseräume für das Personal, Schreib-, Spiel- und Lesezimmer, vielleicht auch einige Schlafkammern enthielte, und im übrigen so behaglich wie möglich eingerichtet wäre.[2]) Als Verwalter wird ein älterer, zuverlässiger verheirateter Pfleger in Frage kommen. Die Befürchtung, daß solche Räume nur zu Gelagen des Personals mißbraucht würden, hege ich nicht: woher sollten schon die Gelder für diese fortgesetzten Gelage kommen? Und wer hindert die Pfleger, auch heute schon sich zu Kneipereien in obskuren Wirtschaften zu versammeln, wo sie vor Überraschungen jedenfalls sicherer sind als in einem Anstaltsgebäude?

Wenn so dem Personal, speziell dem unverheirateten, ein Raum zur Verfügung gestellt wird, in dem es seine dienstfreien Stunden zubringen kann, so soll damit durchaus noch keiner Reglementierung das Urlaubs das Wort geredet werden. Ich gehe nicht so weit wie *Ludwig*, der überhaupt sich nur

[1]) Erst nach Vollendung des Manuskripts erschienen die einschlägigen Abschnitte von *Deiters'* „dritten Bericht". Ps. W. VI S. 410 ff. Ich ersehe aus ihm zu meiner Freude, daß diese Einrichtung bereits an den Berliner Anstalten eingeführt ist, und will nur hoffen, daß sie sich dort bewähren möge.

[2]) Siehe auch *Ilberg* l. c. S. 33.

gitized by Google

Erholungsstätten nicht befreunden kann und rät, zu einer wirksamen und dankbaren Erholung die Wahl des Wo und Wie den Standes- und Lebensgewohnheiten des Pflegers und seinem durch den Aufenthalt in der Anstalt geläuterten Geschmack zu überlassen.[1]) Das ist doch gar zu manchersterlich gedacht: und welche Erholung bleibt denn trotz des „geläuterten Geschmackes" dem unverheirateten Pfleger am kleinen Ort als die Kneipe? Wohl aber gebe ich ihm darin recht, daß ein kontrollierter Urlaub kein Urlaub ist; nichts wäre falscher, als die Pfleger für die Wohlfahrtseinrichtungen mit verminderter persönlicher Freiheit zahlen zu lassen. Fühlt der Pfleger sich nur in dem „Heime" wirklich heimisch, gewissermaßen als Herr im eigenen Hause, so wird es dort an Gästen nicht fehlen, ohne daß man den Besuch durch Zwangsmaßregeln zu fördern brauchte. Vorausgesetzt ist dabei allerdings, daß mit der Gewährung des regelmäßigen Urlaubs nicht geknausert wird. Aber daß nichts verkehrter wäre, als dem Personal die dringend notwendigen Erholungspausen zu beschneiden, das wird wohl an den maßgebenden Stellen überall anerkannt,[2]) desgleichen, daß außerdem auch längere Beurlaubungen einzutreten haben, die bei den älteren Pflegern schon ein paar Wochen dauern dürfen. Vortrefflich scheint mir hier der in jüngster Zeit von verschiedenen Anstaltsdirektionen ausgegangene Vorschlag, offiziell den Anstalten Erholungsstätten für das Personal „in ruhiger, waldreicher Gegend" anzugliedern.[3])

Schließlich möchte ich dringend empfehlen, hin und wieder kleine Vergnügungen, Unterhaltungsabende u. a. für das Personal zu veranstalten. Es genügt nicht, daß es „von den dargebotenen Erholungen nicht ausgeschlossen wird",[4]) selbst, wenn man sich mit *Schäfer*[5]) bemüht, bei solchen Gelegenheiten „soweit es geht, den Unterschied zwischen Personal und Kranken zurückzudrängen". Tatsächlich wird doch der Pfleger bei diesen gemeinsamen, sog. Anstaltsfesten seinen Aufsichtspflichten und seiner Verantwortung nicht frei. Schon *Roller* hatte es „begünstigt", wenn Pfleger und Pflegerinnen ihre eigenen kleinen Feste in der Anstalt feierten,[6]) die Idee weiter ausgestaltet zu haben, ist auch hier das Verdienst *Alts*.[7]) Für besonders nachahmenswert erachte ich dabei die Art, wie in Uchtspringe aus kleinen Rücklagen eine besondere Kasse für diese Feste geschaffen worden ist; auch etwaige Überschüsse der Pflegerheime dürften sich wohl zur Verwendung bei solchen Gelegenheiten eignen. Das Gebotene, Vorträge, Theater, Gesang,

[1]) L. LIII. S. 812.

[2]) „Im Allgemeinen geben wir in Deutschland unserem Personal zu wenig Erholung, im Vergleich z. B. mit England." *Gauser* L. LII. S. 1137.

[3]) *Sioli*. J. B. Frankfurt. 1898/1901. S. 45/46. cf. *Deiters*. Ps. W. IV. S. 240.

[4]) *Paetz* l. c. S. 209.

[5]) L. LII. S. 1033.

[6]) Die Anstalt Lindenhaus 1891. S. 181.

[7]) J. B. Uchtspringe. 1897/99. S. 83.

Digitized by Google

Tanz wird sich ja naturgemäß von andern Anstaltsvergnügungen nicht wes lich unterscheiden, auch viel von den geselligen Talenten der Mitwirken abhängen. Wichtig scheint mir, außer der möglichst zwanglosen Teilnal der Vorgesetzten, daß das Personal in ausgedehntem Maße zur aktiven teiligung an Aufführungen usw. herangezogen wird, daß das Programm nötige Abwechselung bietet, nicht zur unendlichen Variation dessel Schemas wird, und — was ja im Grunde sich von selbst versteht —, Kranke, auch die geordnetsten und zuverlässigsten, konsequent ausgeschlos sind. Die von *Alt* gerühmte Wirkung, daß Vorgesetzte und Untergebene menschlich etwas nähertreten, halte ich für sehr erwünscht, eine dienst unzulässige Kordialität braucht darum sich noch lange nicht zu entwick

IV.

Meine Ausführungen sind hiermit bis auf einige Nachträge zu En Zunächst ist zu untersuchen, wie weit sich die vorstehenden Postulate das weibliche Personal übertragen lassen. Die hauptsächlichsten Unterschi sind bereits im Anfang dieser Arbeit im Anschluß an *Erlenmeyer*[1]) aufgez worden; es wird ja immer nur ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz Pflegerinnen sein, für die der Dienst zum eigentlichen Beruf wird. Es ma aber keine Schwierigkeiten, für diese wenigen dieselben Einrichtungen dur zuführen, wie für die Pfleger, auch sie, wie es wohl schon an vielen stalten der Fall ist, nach einer gewissen Dienstzeit als pensionsfähige Bea anzustellen.

Dagegen wäre es völlig falsch, aus der Tatsache, daß unsre Pflegerin überwiegend ein transitorisches Personal darstellen, zu folgern, daß e soziale Fürsorge für sie weniger notwendig wäre. Ja, manche Einrichtung z. B. ein Pflegerinnenheim, sind für das weibliche Personal sicher noch w weniger entbehrlich. *Ilbergs* — übrigens in Alt-Scherbitz und wohl a anderswo bereits realisierte — Anregung, in ihm Nähmaschine und Kü nicht zu vergessen,[2]) will ich hier noch kurz verzeichnen.

In der Regel werden die Pflegerinnen beim Eintritt in den Dienst etw jünger sein als die Pfleger, und auch ich sehe keine Bedenken, junge M chen, wenn sie nur sonst gut entwickelt sind, etwa bereits mit 18 Jahr aber auch auf keinen Fall jünger, einzustellen. Die übrigen Anforderun sind natürlich dieselben, wie bei dem männlichen Personal; eindringl möchte ich aber empfehlen, auf den guten Ruf der Eintretenden mehr W zu legen, als an manchen Anstalten geschieht. Ich weiß sehr wohl, daß bei der laxen sexuellen Moral weiter Kreise im Grunde genommen nur Glü sache ist, ob eine Person geschwängert wird oder nicht; ja, ich kann es v stehen, wenn bei sonst empfehlenden Eigenschaften gelegentlich einmal Auge zugedrückt wird. Es darf aber keineswegs dazu kommen, daß bei d

[1]) l. c. S. 106.

[2]) l. c. S. 38.

Digitized by Google

instellung auf eine in dieser Beziehung unbescholtene Vergangenheit der flegerinnen kaum noch Wert gelegt wird. Das kann dem Geiste der Anstalt ar schaden, und muß strenger denkende, feinfühligere junge Mädchen geradezu bschrecken. Etwas anderes ist es natürlich mit jungen Witwen: allerdings ehe ich auch keine Veranlassung, zu ihren Gunsten über eine gewisse Altersrenze — auch hier wohl 25 Jahre — hinauszugehen, es sei denn, daß sie er der Ehe bereits längere Zeit als Pflegerinnen tätig waren.

Daß man auch späterhin den Lebenswandel der Wärterinnen einer gewissen Aufsicht unterzieht, liegt in ihrem eigenen Interesse; pflegen doch uch sonst diejenigen weiblichen Kreise, die sich der größten Unabhängigkeit freuen, nicht gerade die sozial am höchsten geachteten zu sein. Ich will arum durchaus noch nicht für eine gesindemäßige Gebundenheit oder gar klösterliche Zurückgezogenheit eintreten, Dinge, die zudem die freie sittliche elbstbestimmung doch nie ersetzen können. Wohl aber haben wir in der Einführung der Schwesterntracht und entsprechenden Organisation ein vortreffliches Mittel, um unsre Pflegerinnen sowohl etwas von der Menge abzusondern, wie auch durch Verleihung eines derartigen Ehrenkleides — und n solches gilt die Schwesterntracht wohl überall — ihnen begreiflich zu achen, daß ihr Amt eine Vertrauens-, durchaus keine Dienstbotenstellung edeutet. Wir sind außerdem in der glücklichen Lage, daß alle Bedenken, e mit Recht gegen die Uniformierung des männlichen Pflegepersonals geltend emacht werden,[1]) hier wegfallen. Die Gefahr, daß die Tracht vielleicht er Neigung zur Frömmelei Vorschub leisten könnte, schätze ich nicht allu hoch ein: auch wird es leicht sein, sie zu bekämpfen.

Sollten durch die Einführung des Schwesternkleides, eventuell auch der Anrede „Schwester", Mädchen aus weiteren, auch „besseren" Kreisen angeregt erden, sich der Irrenpflege zu widmen, so würde ich das als Gewinn begrüßen. Ich will gern anerkennen, daß ich auch unter den heutigen Verältnissen mit zahlreichen Pflegerinnen habe zusammen arbeiten dürfen, die n Intelligenz, Verständnis, Geduld und Herzensgüte nichts zu wünschen übrig ließen; ganz gewiß sind diese Eigenschaften in keiner Weise an Stand nd Herkunft gebunden. Auch ist die Irrenpflege sicherlich kein Beruf für mpfindsame „höhere Töchter". Wohl aber wird, jemehr sich die Töchter es soliden Bürger- und Bauernstandes zu den Stellen melden, einmal das nsehen des Standes steigen, und zweitens mit der wachsenden Auswahl zuleich die Zahl der besonders befähigten Pflegerinnen zunehmen. Ich würde ogar empfehlen, zu diesem Ziele einmal den *Oláh*schen Vorschlägen (s. o. . 491) praktisch näher zu treten, die sich zur Einführung auf der Frauenseite erifellos weit eher eignen als bei den Männern. Schon heute aber werden ir darauf hinwirken, daß sich die Pflegerinnen gegenüber dem Dienstpersonal er Anstalt (Wasch- und Küchenmädchen) als eine Oberschicht fühlen lernen.

[1]) *Paetz* l. c. S. 209.

und daß umgekehrt diese, wenn sie bei guter Eignung als Pflegerinnen übernommen werden, das als Beförderung empfinden.

Was sonst über Ausbildung, Besoldungsgrundsätze, Karriere usw. bemerkt worden ist, wird sich ja alles ohne weiteres auf das weibliche Personal übertragen lassen; über die Höhe des Gehaltes läßt sich auch hier nur soviel sagen, daß der übliche Dienstbotenlohn erheblich übertroffen werden muß.

V.

Als Vorgesetzte des Personals werden wir in den meisten Anstalten zunächst die Stationspfleger, darüber Oberpfleger (bezw. -Pflegerinnen) finden; in Anstalten mit großen Gebäuden fallen auch wohl beide Chargen zusammen. *Erlenmeyers* Bedenken gegen die Institution des Oberwärters[1]) vermag ich nicht zu teilen. Gewiß ist er nicht dazu da, dem Arzte einen Teil seiner Verantwortlichkeit abzunehmen, dennoch ist es für diesen von Vorteil, mit einem Gehilfen zu arbeiten, dem er von vornherein etwas mehr Vertrauen entgegenbringen darf als dem Pflegepersonal. Auch sehe ich nicht, wie es möglich sein soll, die Stellung des Oberwärters auszuschalten, ohne zugleich den Dienst des Arztes mit tausend lästigen Kleinigkeiten zu bepacken, die nicht dazu angetan sind, die Lebensaufgabe eines akademisch gebildeten Mannes zu werden.

Daß es sich empfiehlt, die Oberpfleger aus der Zahl der Pfleger zu wählen, habe ich schon vorhin erwähnt. Für die Oberpflegerinnen scheint mir dagegen der andere Modus besser, die Stellen mit gebildeten Damen zu besetzen. Es entspricht der konservativeren Veranlagung des Weibes, sich leichter in die Anordnungen von Frauen höherer Stände zu fügen; auch ist kein Mangel an Damen, die wenigstens in der Krankenpflege ausgebildet sind und sich dann auch leicht in die besonderen Aufgaben der Irrenpflege hineinarbeiten. Damit ist nicht gesagt, daß man nicht gelegentlich zugunsten einer hervorragend tüchtigen Pflegerin eine Ausnahme macht, nur hüte man sich dann, diese hinter den „gebildeten" Oberpflegerinnen zurückstehen zu lassen; auch hier sollte dann das Amt den Träger adeln. Gelingt es, uns weibliches Personal sowieso aus besseren Kreisen zu rekrutrieren, so wird vielleicht diese ganze Erörterung gegenstandslos werden.

Daß auch die Ärzte einen wichtigen Teil ihrer Tätigkeit in der Überwachung und Anleitung des Pflegepersonals zu erblicken haben, braucht nicht erst lange ausgeführt zu werden: freilich wird man auch hier sich vor Übertreibungen zu hüten haben. Eine dauernde Beaufsichtung des Personals, wie sie früher von *Sommer*[2]) und auch von *Erlenmeyer*[3]) empfohlen wurde, würde ja gewiß eine gute Reihe von Unzuträglichkeiten beseitigen, vor allem uns von dem lästigen Gefühl befreien, daß hinter unserm Rücken die Pfleger

[1]) l. c. S. 105.
[2]) C. 1893, S. 606 607.
[3]) l. c. S. 105.

Digitized by Google

doch tun, was sie wollen. Dennoch halte ich den Schaden dieser Maßregel für größer als den Nutzen: ich kann mir nicht denken, wie die Dienstfreudigkeit gerade des tüchtigen Pflegers nicht erheblich leiden sollte, wenn so ein mandelndes Mißtrauensvotum den ganzen Tag die Abteilung inspizierte. Daß indem diese Art des Dienstes, wenn nicht etwa der Anstalt ein außerordentlich reichhaltiges Krankenmaterial zu Gebote steht, bald in dem Arzte die ödlichste Langeweile und entsprechenden Widerwillen erzeugen würde, steht für mich nicht minder fest. Gewiß gehört auch die mechanische Kontrolle, das Interesse für den Kleinkram des Anstaltsbetriebes zu den Aufgaben des Arztes, wichtiger aber ist für ihn die ideelle Aufgabe, dem Pflegepersonal wirkliches Pflichtgefühl, Verständnis für den Sinn und Wert seiner Tätigkeit beizubringen.

Natürlich hat der Arzt in erster Linie durch Beispiel, nicht durch schöne Reden zu wirken. Wer selbst keine geschlossene sittliche Persönlichkeit ist, wird aus diesem Grunde von dem, was er nicht hat, auch keinem andern geben können. Und noch darüber hinaus muß sich der Irrenarzt als Teil des Ganzen, als lebendiges Glied des großen Anstaltsorganismus fühlen. Man kann ganz sicher nicht allein mit dem Herzen, aber auch nicht ohne Herz Psychiatrie treiben; das gilt nicht nur für den Umgang mit Kranken, sondern auch mit dem Personal. Es ist einfach unmöglich, das mangelnde gemütliche Interesse durch souveräne Unnahbarkeit, oder durch eine mehr oder weniger geglückte Kopie des unpersönlichen militärischen Kommandotons zu ersetzen. Disziplin in allen Ehren, aber sie ist nicht das letzte. Zwar muß der Pfleger willig ausführen, was ihm befohlen wird, auch wenn er die Bedeutung des Auftrages nicht oder nicht gleich versteht; er soll es aber tun, nicht nur weil es ihm befohlen war, sondern weil er gewohnt ist, den Anordnungen seiner ärztlichen Vorgesetzten Vertrauen entgegenzubringen. Auf eine naheliegende Gefahr, daß nämlich, wenn der Vorgesetzte mit dem Untergebenen im Kasernenton verkehrt, die Pfleger wieder diesen im Umgang mit den Kranken anwenden, hat schon *Erlenmeyer*[1]) hingewiesen.

Ich möchte durchaus nicht eines unberechtigten Optimismus geziehen werden; nur zu gut weiß ich, daß unser Personal nicht aus Engeln besteht, und auch schmerzlichere Enttäuschungen sind mir nicht erspart geblieben. Ich denke ferner naturwissenschaftlich genug, um es mit *Möbius*[2]) für einen Grundirrtum der Pädagogik zu halten, daß durch Erziehung aus jedem alles werden könne, und habe schon aus diesem Grunde mehr als einmal in der vorliegenden Arbeit betont, wie alles darauf ankommt, ein für den Dienst von vornherein gut veranlagtes Personal zu ge-

[1]) l. c. S. 98.

[2]) Geschlecht und Entartung 1903 S. 32.

Digitized by Google

winnen. Es wäre aber eine moralische Bankrotterklärung unserer selbst, wenn wir mit einem solchen nicht einmal zu dem Ziele gelangten, das *Ludwig*, wenn auch wohl mit allzufrüher Resignation, als das letzte erreichbare hinstellt, daß nämlich der Pfleger zwar keine selbstlose Liebe zu den Kranken, aber doch wenigstens Achtung vor ihnen gewinne.[1]) Und wenn der Arzt zu diesem Zwecke ein wenig von der Höhe seiner Gottähnlichkeit hinabsteigen muß, nicht nur als Orakel oder als strafende Gerechtigkeit zum Volke reden darf, so erachte ich auch dieses Opfer nicht für allzugroß.[2])

Auf dem Psychiatertage in Heidelberg hat *Pelman* die schönen Worte gesprochen „die Wärterfrage sei nur ein Teil der sozialen Frage und müsse daher in gleichem Sinne behandelt und entschieden werden."[3]) Das heißt selbstredend nicht, daß wir mit ihrer Lösung bis zu dem großen St. Nimmermehrstage zu warten haben, der uns endlich von allen sozialen Nöten befreien soll. Wohl aber haben sich noch bei jedem Autor, der der Personalfrage näher getreten ist, seine sozialen Anschauungen geltend gemacht, und ich bin mir bewußt, daß auch in meiner Arbeit ein gutes Teil subjektiver Überzeugung steckt. Ebensogut weiß ich, daß viele Wege zum Ziele führen können; auf keinem aber werden wir auch nur einen Schritt vorwärts kommen, ohne Vertrauen zu unserem Personal, auf den Wert und die unverwüstlichen guten Eigenschaften unseres Volkes.

Literatur.

* Bücher und Broschüren. † Referate in Vereinssitzungen; meist mit folgender Diskussion.

1. *Alt.* Beitrag zur Wärterfrage etc. M. I. S. 435.
2. *Deiters.* Der Stand des Irrenwesens. Ps. W. IV. S. 185 ff.
3. *Deiters.* Zweiter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. Ps. V. S. 105.
4. **Erlenmayer.* Unser Irrenwesen. Wiesbaden 1896.
5. *van Erp Talman Kip.* Die Irrenpflege in Holland. Ps. W. II. S. 185
6. **Fürstner.* Wie ist die Fürsorge für Geisteskranke etc. Berlin 1899.

[1]) L. LIV. S. 115.
[2]) Vortreffliche Worte zum gleichen Thema bei *Scholz*, Reform d. I. S.
[3]) L. LIII S. 818.

zed by Google

7. † *Grashey.* Referat: Die Wärterfrage. Heidelberg 1896. L. LIII. S. 799.
8. *Guentz.* Die Königlich sächsischen Irrenanstalten. L. L. S. 772.
9. *Hoppe, Hugo.* Die Wärterfrage. C. 1892. S. 529.
10. *Hoppe, Hugo.* Zur Wärterfrage. C. 1895 S. 63 (vergl. † C. 1894. S. 563. L. LI. S. 641).
11. *Hoppe, Hugo.* State of New York. Ref. C. 1896. S. 439.
12. **Jessen.* Soziale Krankenpflege in Krankenhäusern. Jena 1904.
13. **Ilberg.* Irrenanstalten. Jena 1904.
14. *Karrer.* Zur Wärterfrage. L. LIII. S. 455.
15. *König.* Einige Bemerkungen etc. (England). L. LII. S. 229.
16. **Kraepelin.* Psychiatrie. 7. Aufl. 1903.
17. †*Krömer.* Die Löhne des Wartepersonals. Ref. Zoppot 1897. L. LIV. S. 707.
18. *Kurella.* Das preußische Irrenwesen etc. C. 1895. S. 337.
19. †*Laehr* sen. Zur Wärterfrage. Ref. Berlin 1895. L. LII. S. 456.
20. *Ludwig.* † Ref. Karlsruhe 1895. L. LII. S. 1128.
21. *Ludwig.* † Ref. Heidelberg 1896. s. *Grashey.*
22. *Ludwig.* Die äußeren Ursachen der sog. Wärternot. L. LIV. S. 108.
23. *Ludwig.* Über die Anlage besonderer Speisesäle. L. LXI. S. 169.
24. *Mercklin.* Der Unterricht des Irrenpflegepersonals. C. 1896. S. 457. Vergl. † Ref. Zoppot 1896. L. LIII. S. 575.
25. *Mercklin.* Zum Fachunterricht des Irrenpflegepersonals. Ps. W. II. S. 169.
26. *Moeli.* Einiges über die Weiterentwicklung etc. (Berlin). Ps. W. IV. S. 457.
27. **Paetz.* Die Kolonisierung der Geisteskranken. Berlin 1893.
28. *Pilcz.* Die Reformierung des Pflegedienstes (Niederösterreich). L. LIV. S. 491.
29. **Roller.* Die Heilanstalt Lindenhaus. Bielefeld 1891.
30. *Schäfer*-Langenhorn. Über Irrenpflege. L. LII. S. 1023.
31. *Scholz* jun. Eigene Zimmer für das Pflegepersonal. Ps. W. I. S. 457.
32. *Scholz* sen. Die nächste Aufgabe der Irrenpflege. L. L. S. 690.
33. *Scholz* sen. * Über Fortschritte in der Irrenpflege. Leipzig 1894.
34. *Scholz* sen. * Über Reform der Irrenpflege. Leipzig 1896.
35. †*Siemens.* Zur Frage der Reform des Irrenwesens. Ref. Hamburg 1895. L. LII. S. 818.
36. †*Siemens.* Weitere Vorschläge zur Wärterfrage. Ref. Hannover 1897. L. LIV. S. 898.
37. Sollen die mit freier Beköstigung angestellten etc. (Anonym.) Ps. W. I. S. 230.
38. *Sommer.* Die Wärterfrage. C. 1893. S. 605.
39. *Werner.* Zur Wärterfrage. Ps. W. II. S. 157.

Leicht abnorme Kinder.

Von

Dr. **E. Thoma**, Illenau.

Nach einem auf der XXXV. Versammlung südwestdeutscher Psychiater zu Freiburg erstatteten Korreferate.

Wenn ich mir erlaube, den auf der genannten Versammlung gehaltenen Vortrag, der den gegenwärtigen Stand der Frage betreffend die Feststellung, Behandlung und Erziehung der leicht abnormen Kinder mit spezieller Berücksichtigung der neurasthenischen und hysterischen zum Gegenstande hatte, noch in extenso zu veröffentlichen, so geschieht dies einerseits, weil das Thema vielleicht auch für weitere Kreise einiges Interesse in Anspruch nimmt, und dann, weil einige praktische Fragen, die der Kürze der Zeit halber nur angedeutet werden konnten, wie die Diskussion ergab, besser noch etwas weiter ausgeführt werden.

Bei der Dehnbarkeit des Themas ist zunächst notwendig, ehe wir auf die Besprechung der einzelnen Formen eintreten, genau abzugrenzen, was in dem Folgenden unter leicht abnormen resp. leicht geisteskranken Kindern verstanden werden soll. Darüber, bis zu welchem Alter die Störungen als solche des Kindesalters anzusehen sind, herrscht jetzt kein Zweifel mehr.

Die Kindheit ist eine scharf abgegrenzte Lebensperiode und geht von der Geburt bis zum Beginn der Geschlechtsreife, gleichwohl, ob diese im 12. oder im 17. Jahre eintritt. Noch liegt die Zeit nicht sehr weit hinter uns, in der angenommen wurde, daß Kinder gar nicht geisteskrank werden. Hat doch noch im Anfang vorigen Jahrhunderts *Carus* behauptet, daß Kinder zwar „blöd

Digitized by Google

sinnig", aber nicht „wahnsinnig" werden könnten. Bis dahin war nämlich den Ärzten nur eine Form geistiger Erkrankung bei Kindern geläufig, die angeborene oder erworbene geistige Schwäche, die Idiotie und der Kretinismus. Es ist dies um so merkwürdiger, als schon die Alten wußten, daß Kinder wahnsinnig werden können. Bis etwa in die sechziger Jahre erschienen dann zahlreiche Arbeiten über Kinderpsychosen, aus denen ich nur die Namen *Griesinger, Birnbaum, Güntz, Marcé, John Conolly* und *Maudsley* hervorheben möchte.

Ohne hier auf die neueren Bearbeiter der Kinderpsychosen, die in der Folge zum Teil erwähnt werden, einzugehn, kehre ich zur Abgrenzung unseres Themas zurück.

Setzt man wie üblich den Beginn der Pubertät als Grenze an, so fallen damit diejenigen Psychosen jugendlicher Personen weg, deren Beginn zwar noch vor die Pubertät fallen kann, deren Hauptverlauf aber außerhalb derselben liegt (die Hebephrenie, Dementia praecox usw.), obwohl sie zuweilen wie neuerdings auch von *Ziehen*[1]) mit den Kinderpsychosen abgehandelt werden.

Es scheiden ferner bei der heutigen Betrachtung die schweren Erkrankungen des Kindesalters wie Idiotie und Kretinismus aus. Wir müssen weiterhin auch darauf verzichten, die ausgesprochenen, den Psychosen Erwachsener analogen Geisteskrankheiten im Kindesalter (Melancholie, Manie, Paranoia, Paralyse usw.) zu besprechen, da das Auftreten einer wirklichen Psychose schon im Kindesalter wohl kaum als eine leichte Sache angesehen werden kann; wenn auch die graduell leichteren Fälle manche Ähnlichkeit mit den zu erwähnenden haben werden.

Auch die ausgesprochene Epilepsie dürfte als schwere Erkrankung von der Betrachtung auszuschließen sein, wenn auch einzelne Erscheinungen derselben mit andern wohl erwähnt werden müssen.

Wenn also von leicht abnormen Kindern die Rede ist, so sind darunter in erster Linie die leicht geistesschwachen zurückgebliebenen, noch bildungsfähigen Kinder zu verstehen, ferner aber eine Anzahl von Erkrankungen, die den Neurosen und Neuro-

[1]) *Ziehen*, Dr. Th., Die Geisteskrankheiten des Kindesalters.

Digitized by Google

psychosen Erwachsener nahe stehen resp. mit denselben identisch sind.

Die erstere Kategorie, die geistig schwachen, an Formen ärmeren, dagegen an Zahl und Bedeutung mächtigeren, hat Herr Privatdozent Dr. *Weygandt* einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Es bleibt also nur eine relativ beschränkte Zahl von psychischen Störungen, die sich vielleicht unter den Hauptgruppen, der kindlichen Neurasthenie und Hysterie mit ihren vielgestaltigen Erscheinungen und der Chorea, die ja wohl in den meisten Fällen mit Geistesstörung einhergeht, zusammenfassen lassen.

Wenden wir uns zunächst zur Neurasthenie.

Hier möchte ich an erster Stelle ein Krankheitsbild erwähnen, das *Emminghaus*[1]) unter dem Namen der Neurasthenia cerebralis der Kinder beschreibt und als eine Neurose des Großhirns mit mäßiger Abschwächung der intellektuellen Fähigkeiten, Veränderung der Stimmung, Schlafstörung und Innervationsanomalien mit subakutem oder chronischem Verlauf und verschiedenem Ausgang definiert.

Es handelt sich um die Störung, bei der allmählich im Laufe von Wochen oder auch nur Tagen bei belasteten Kindern eine Veränderung des Gesamtverhaltens auffällt. Diese zeigt sich in Mangel an Lust und Fähigkeit, mit andern zu spielen, Mangel an Gesprächigkeit und Interesse, Abnahme der im Kindesalter normalen Eigenschaften der Eitelkeit und des Egoismus, Verschwinden der Heiterkeit. In der Schule sind sie im Gegensatz zu früher unaufmerksam, begreifen und lernen schwer, reproduzieren Gelerntes schlecht: auch brauchen sie länger als früher zu ihren Aufgaben. Dabei sind sie träumerisch, zerstreut und ängstlich, so daß sie sich zuweilen verkriechen. Vereinzelt treten Zornes- und Verzweiflungsausbrüche auf. Der Schlaf ist schlecht, unterbrochen von Aufschrecken, Sprechen und Aufschreien. Die Haltung ist schlaff und träge; zwischendurch beobachtet man hastige, von Zuckungen begleitete Bewegungen.

Die Pupillen sind weit und reagieren lebhaft. Die Conjunctivae sind injiziert.

[1]) *Emminghaus*, Psychische Störungen des Kindesalters.

Digitized by Google

Röte wechselt mit Blässe, zuweilen tritt Nasenbluten auf. Die Hände und Füße sind cyanotisch; am Kopf einzelne heiße Stellen.

Subjektiv wird nur über Müdigkeit, Druck und Hitze im Kopf und auch andere Sensationen geklagt.

Laute Geräusche, grelles Licht wird übel empfunden. Flimmern vor den Augen und Schwindelgefühle werden zuweilen auch angegeben.

Die Temperatur pflegt normal, der Puls frequent zu sein. Geräusche am Herzen und Dyspnoe sind öfters vorhanden. Der Appetit ist mangelhaft.

Psychisch stehen Störungen der intellektuellen Funktion, Gedächtnis- und Erinnerungsschwäche im Vordergrunde. Im allgemeinen ist eine Abschwächung der Gefühle vorhanden; doch besteht andererseits wieder Hyperalgie. Zuweilen wird Pavor nocturnus und selbst Somnambulismus beobachtet.

Der Verlauf zeichnet sich durch Exacerbationen und Remissionen aus und erstreckt sich über mehrere Monate; doch ist der Ausgang im allgemeinen günstig.

Da die Ursache der Erkrankung bei neuropathisch veranlagten Kindern allein in der Überanstrengung beim Lernen, sowie in der Angst vor dem Bestehen in der Schule zu suchen ist, so ist auch die Behandlung vorgezeichnet.

Vor allem ist Vermeidung jeder Strenge, welche die Angst vermehrt, angezeigt; ferner absolute Ruhe, Vermeidung geistiger Anstrengung, also Aussetzen des Schulbesuchs bis zur völligen Herstellung. Daneben die entsprechende Diät und Körperpflege. Die Cerebralneurasthenie ist eine Erkrankung des schulpflichtigen Alters: doch ist Überanstrengung nicht die einzige Ursache. Ätiologisch werden auch Kopferschütterungen, Erkrankungen des Mittelohrs und der Nase namhaft gemacht. Auch die Masturbation bringt ähnliche Erscheinungen hervor; doch ist die Rolle dieser noch nicht ganz klar.

Von der Melancholie unterscheidet sie sich durch das Fehlen des eigentlichen Seelenschmerzes.

Die pathologische Anatomie hat bisher nichts oder widersprechendes zutage gefördert. Die Prophylaxe würde bei der Hygiene des Kindesalters einzutreten haben.

Digitized by Google

Wenn ich hier an den Anfang ein abgeschlossenes Krankheitsbild gestellt habe, so möchte ich gleich darauf aufmerksam machen, daß man es in den meisten Fällen nicht mit solchen zu tun hat. Namentlich bei kleinen Kindern wird man gewöhnlich nur vereinzelte Erscheinungen beobachten können, die bald mehr in das Gebiet der Neurasthenie, bald in das der Hysterie gehören und eben lediglich der Ausdruck der vorhandenen neuropathischen Disposition sind und es wird Sache des Arztes sein, diese Einzelerscheinungen auf ihre Herkunft zu deuten und die nötigen Vorkehrungen zu treffen.

Es sind dies zuerst die hauptsächlich der Neurasthenie zugehörigen Zwangsvorstellungen, Phobien, die wohl immer auf dem Boden der neuropathischen oder psychopathischen Diathese entstehen.

Im allgemeinen haben diese Zustände im Kindesalter noch nicht viel Beachtung gefunden. *Oppenheim*[1]) und *Pick*[2]) haben ihnen neuerdings eigene Abhandlungen gewidmet.

Daß diese Erscheinungen im ganzen bisher wenige Beobachter gefunden haben, liegt zum Teil an der Zurückhaltung der Kranken, die diese Dinge gern verbergen, doch wird häufig von erwachsenen Neurasthenikern angegeben, daß ihre Zwangsvorstellungen bis in die früheste Kindheit zurückgehen. Zuweilen wird dann auch ein bestimmtes Ereignis, ein psychischer Eindruck als Ausgangspunkt des Leidens namhaft gemacht. (*Freud*sche Theorie.)

Für die Entscheidung der Frage nun, ob wir es mit einer Zwangsvorstellung zu tun haben, hat *Westphal* das Kriterium aufgestellt, daß der Kranke sich jederzeit des Krankhaften seiner Vorstellungen bewußt sein muß.

Dies ist im allgemeinen richtig. Da jedoch eine solche Selbstbeobachtung immerhin gewisse Anforderungen an die Verstandestätigkeit stellt, so trifft dies nicht immer für geistig beschränktere Personen zu. Ebensowenig kann man diesen Satz voll auf die Kinder ausdehnen. Man muß also bei der Exploration nach zwei

[1]) *Oppenheim*, Prof. H., Die ersten Zeichen der Nervosität im Kindesalter.
[2]) *Pick*, Prof. A., Über einige bedeutsame Psychoneurosen d. Kindesalters.

Digitized by Google

Richtungen hin mit Vorsicht zu Werke gehn und einmal mit der Scheu rechnen, die die Patienten haben, ein geistiges Gebrechen bloßzustellen, wenn sie es als solches erkannt haben, und dann sich die Schwierigkeit klarmachen, die es Kindern macht, sich über Seelenvorgänge klarzuwerden.

Mir selbst ist ein Fall eines jetzt erwachsenen 22 Jahre alten Mädchens bekannt, das seine Zwangsvorstellungen in die erste Schulzeit zurückdatiert und auf ein Ereignis (Durchsuchung der Klasse wegen gestohlener Schokolade) zurückführt. Seit der Zeit kann Patientin keinen Moment mehr allein sein, weil sie immer eine befreundete Person als Zeugen für ihre Handlungen braucht. Diese Idee hat die Kranke jahrelang bis vor kurzem in sich verschlossen, um nicht als krank zu gelten.

Die Phobien sind außerordentlich verschiedener Art. Manche davon sind den Idiosynkrasien verwandt, wie sie auch bei Gesunden vorkommen. So die Scheu vor gewissen Tieren, Spinnen, Mäusen, Kröten usw. Als krankhaft dokumentiert sich diese nur durch die lange Dauer und Intensität, so daß Angstanfälle, Zittern, Erbrechen, Konvulsionen auftreten können. Bei Kindern sind ferner Nahrungsidiosynkrasien sehr häufig, die leicht zustande kommen, wenn irgend ein Eindruck einmal ein starkes Ekelgefühl hervorgerufen hat. Derartige Erinnerungsassoziationen befestigen sich dann mit der Zeit und können unter Umständen bei der Ernährung eine Rolle spielen. Diese und ähnliche Phobien, z. B. die Monophobie, die Furcht vor dem Alleinsein, können aber nach *Oppenheim* einfache Folgen der Erziehung sein. Sie unterscheiden sich von den normalen nur durch den Grad der Äußerungen. Daneben kommen aber auch echte Phobien vor wie bei Erwachsenen. Die Agoraphobie, die Reiseangst, die Furcht vor spitzen Gegenständen, die Berührungsfurcht, die Waschsucht usw.

Auch alle übrigen Zwangsvorstellungen finden sich bei Kindern, so die in Frageform, der Erinnerungszwang, bei dem sich die Pat. jeden Augenblick klarmachen müssen, was sie in einem früheren getrieben haben, wodurch sie in ihrer Tätigkeit sehr gehemmt und unterbrochen werden, so daß ihr Handeln ein sehr langsames oder aber ein stoßweises ist.

Digitized by Google

Zweifellos kommen wie beim Erwachsenen, so auch beim Kinde Zwangsvorstellungen normalerweise vor, so daß man nicht gleich von einem Zwangsirresein sprechen kann. Wenn aber diese Erscheinungen beim Erwachsenen schon auf neuropathische Veranlagung hindeuten, so ist dies bei Kindern noch viel mehr der Fall. Aus diesem Grunde ist es auch wohl wichtig, eine Erscheinung zu erwähnen, auf die *Soukhanoff* besonders aufmerksam gemacht hat und die als ein Initialsymptom der Zwangsvorstellungen Beachtung verdient. Es ist dies die krankhafte Skrupulosität, die von Pedanterie, übertriebener Ordnungsliebe und Pünktlichkeit, Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit begleitet ist. Zuweilen verbindet sich auch damit ein bei Kindern auffallender Geiz und Feigheit.

Diese oft nur als besondere Charaktereigentümlichkeiten imponierenden Eigenschaften stehen ohne Zweifel in Beziehung zu den Zwangsvorstellungen, die sich oft aus ihnen entwickeln, und deuten auf die vorhandene krankhafte Charakteranlage hin.

Inhaltlich sind natürlich die Zwangsvorstellungen und Phobien sehr verschiedenartig.

Die Therapie des Zwangsirreseins wird ihr Augenmerk zunächst auf Verbesserung der Konstitution durch zweckmäßige diätetische Maßregeln zu richten haben. Im speziellen aber werden die oft zu hoch geschraubten geistigen Anforderungen an die Kinder einzudämmen sein. Auslösende Momente: Prüfung, Kommunion, werden zu sistieren sein. Statt dessen ist eine ärztlich pädagogische Behandlung mit vorwiegenden Bewegungsspielen und Handfertigkeitsunterricht am Platze. Zugleich ist die psychische ärztliche Einwirkung, die die Kranken von ihren Vorstellungen und der Selbstbeobachtung ablenkt, von Wichtigkeit. Als Medikamente kommen nur Baldrian und Brom in Betracht. Häufig wird die Behandlung nicht nur Entfernung aus der Schule, sondern auch von Hause wünschenswert erscheinen lassen. Alsdann ist die Prognose nicht ungünstig.

Mit den Zwangsvorstellungen der Kinder sehr nahe verwandt sind die Tics, früher auch als Habit-Chorea bezeichnet, obwohl sie mit der Chorea minor gar nichts zu tun haben.

Sie kommen bei Kindern jeden Alters vor und bestehen in

Digitized by Google

inzeln, Achselzucken, Mundspitzen, Räuspern, Schnaufen, Lippen-
ißen, Nägelkauen, Hautpflücken. In schweren Fällen, wo ge-
hnlich mehrere zusammen vorhanden sind, kommt es zum
rvorstoßen von Lauten und Worten oft obszönen Inhalts, was
den psychomotorischen Ursprung der Tics hinweist. Man
icht dann von der maladie des Tics convulsifs.

Diese Dinge sind im Kindesalter sehr häufig und werden
ist in ihren Anfängen als üble Gewohnheiten und Unarten ver-
nt und ungeeignet gewöhnlich mit Strenge behandelt.

Wenn man aber bedenkt, daß die Tic-Kinder Neuropathen
d. bei denen eine künstliche Hemmung nur eine Spannung er-
gt. so ist klar, daß man nur die der beabsichtigten entgegen-
etzte Wirkung erhält, nämlich eine Steigerung der Tics durch
Angstaffekt. Allerdings entstehen die Tics wohl meist durch
ohnheit. Eine ursprünglich willkürliche Bewegung etwa zur
eitigung einer unangenehmen Empfindung wird gewohnheits-
ig fortgesetzt, auch nach Aufhören des auslösenden Reizes,
nimmt schließlich einen völlig automatischen, triebartigen
rakter an. Dies ist bei Kindern um so weniger zu verwundern,
eine der Hauptaufgaben des sich entwickelnden kindlichen
irns ist, willkürliche Bewegungen in automatische zu verwandeln.

Als psychische Begleiterscheinung der Tics findet man bei
ulkindern häufig Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit, ja
e können bei den oft nicht unintelligenten Kindern ganz im
dergrunde stehen, so daß sie zuweilen als erstes Zeichen der
rosität gelten können.

Auch die allgemeine motorische Unruhe, der Typus des
pelphilipps, gehört hierher. Dem Kindesalter ist zwar eine
ellere Übertragung des psychischen Vorgangs in Ausdrucks-
egungen eigen, da erst durch die Erziehung die Beherrschung
motorischen Apparates erlernt wird; doch ist die pathologische
gerung dieser Unruhe den Lehrern wohlbekannt. Bei schwer
steten ist sie zuweilen auch mit andern Äußerungen psychischer
derwertigkeit, Diebereien, Grausamkeit, Masturbation ver-
pft. Im späteren Leben begegnen wir diesen Kranken oft
der als Leuten, die beständig den Beruf wechseln, als Vaga-
den oder Prostituierten.

Gelegentlich kann sich die Muskelunruhe bis zu Krämpfen steigern.

Bemerkenswert ist, daß gegenüber den motorischen Reizerscheinungen die Lähmungen zurücktreten. Nur die allgemeine Muskelschwäche und Ermüdbarkeit, die sich bis zur Akinesia algera steigern kann, ist häufiger.

An dieser Stelle empfiehlt es sich, einer Reihe von nervösen Erscheinungen zu gedenken, die einer gesonderten Behandlung wohl nicht bedürfen und lediglich als Warnungssignale wichtig sind, weil sie auf eine vorhandene nervöse Disposition hindeuten. Es sind dies vasomotorische Störungen, Kältegefühl in den Extremitäten, Erröten und Erblassen, partielle Gefäßspasmen, z. B. sogenannte Totenfinger, Neigung zu Nesselausschlägen beim Genuß gewisser Speisen, abnorme Intoleranz gegen Alkohol, nervöses Herzklopfen, Arythmie des Pulses, Schwindel und Kopfschmerz, ferner Neigung zu Ohnmachten, die schon bei den allergeringsten Ursachen entstehn können. Auch das nervöse Erbrechen ist zu erwähnen, das z. B. bei Kindern regelmäßig vor dem Schulbesuch, aber auch vor jeder zu erwartenden Freude sich einstellen kann und zu dem wie bei den Tics ein einmaliges früheres Ereignis den ersten Anstoß gegeben haben kann. Auch das nervöse Asthma gehört in die Reihe dieser Erscheinungen.

Von diesen nervösen Störungen bilden dann die Sensibilitäts- und trophischen Störungen den Übergang zur Hysterie und werden wohl besser mit dieser erwähnt.

Auch bei den Tics ist es natürlich wichtig, möglichst frühzeitig die nervöse Natur des Leidens, sowie die Quellen aus denen das Übel stammt, die erbliche Anlage und die etwaigen disponierenden Momente festzustellen. Danach richtet sich die allgemeine Therapie. Sie wird auf eine Verbesserung der Konstitution zielen durch Hebung der Ernährung, Vermeiden von Ermüdung, besonders durch die Schule. Des weiteren wird unter Umständen eine ärztlich pädagogische Behandlung wie beim Zwangsirresein angezeigt sein, da es sich wie dort um eine psychasthenische Anlage handelt. Die Tics selbst werden durch eine gymnastische Behandlung bekämpft, die von Franzosen spezialistisch ausgebildet ist. Man verwendet dazu vornehmlich die

Digitized by Google

temgymnastik. Andere wieder üben eine Methode der Selbst-ziehung, bei welcher unter Spiegelkontrolle die automatischen ewegungen zu willkürlichen und hemmbaren gemacht werden. rafen haben sich stets als schädlich erwiesen.

Auch diese Behandlungsmethoden werden sich häufig nicht i Hause durchführen lassen, sondern nur in einem ärztlich ge-iteten Institut möglich sein.

Wenden wir uns jetzt wieder einer mehr im psychischen Ge-et liegenden Erscheinung zu, die aber ebenfalls noch in den reich der zuletzt genannten gehört und bei Kindern sehr häufig . Es ist dies die pathologische Träumerei. Das Wach-umen ist bei Kindern im allgemeinen infolge des Überwiegens r Phantasie etwas Normales. Meint doch *Groos*, daß es viel iter verbreitet sei, als angenommen wird und selbst ohne haden ins spätere Alter herüber genommen werden kann. Bei m normalen Menschen bleiben die Träume jedoch im Unter-wußtsein und nur pathologisch gewinnen sie die Herrschaft über s normale Seelenleben, wie *Pick* sich ausdrückt. Daß diese patho-gische Träumerei bei Kindern zur psychischen Onanie führen kann, bekannt. Aber auch die Ausführung allerhand phantastischer ine: heimliche Entdeckungsreisen oder Reisen zu den Indianern, dung von Räuberbanden, Diebereien können darin ihren Grund ben. Nicht minder hat die forensisch so wichtige pathologische ge. die Pseudologia phantastica, oft darin ihren Ursprung.

Die oben erwähnten allgemeinen therapeutischen Maßnahmen d auch hier von Erfolg. Zu achten ist hierbei besonders auf Vermeidung rein mechanischer Tätigkeit, wie Stricken, Häkeln r.. die geradezu die Träumerei provozieren.

In unmittelbarem Anschluß an die pathologische Träumerei ssen wir eine weitere Erscheinung erwähnen, durch die im ndesalter die psychasthenische Anlage zum Ausdruck kommen nn. Ich meine das zuweilen anfallsweise auftretende triebtige Davonlaufen.

Man weiß schon lange, daß das „hinter die Schule laufen", e *Pick* es nennt, nicht immer als moralischer Defekt oder Faul-it anzusehen ist, sondern daß vielmehr Zustände zugrunde lie-n, wie sie ähnlich auch von Erwachsenen bekannt sind.

Digitized by Google

Die Franzosen nennen sie Fugues, deutsch werden sie a
Wandertrieb bezeichnet, die Poriomanie oder Dromomani
Sie äußert sich durch größere oder kleinere Wanderunge
welche nicht vom überlegten Denken veranlaßt sind und z
weilen unvollständige oder keine Erinnerung zurücklassen. M
den Wanderungen Geisteskranker (z. B. Manischer) darf man s
nicht verwechseln; dagegen werden ähnliche Erscheinungen b
Epileptischen und Hysterischen beobachtet. Es besteht jedo
kein Zweifel, daß die Poriomanie auch lediglich auf Grund d
Psychasthenie, der nervösen Minderwertigkeit vorkommt, u
gerade bei Kindern scheint dies die Regel zu sein. Gewöhnli
ist bei diesen weder das Bewußtsein noch die Erinnerung erhe
lich getrübt, und man erhält zuweilen von den Patienten d
Mitteilung, daß die Ausführung des Impulses ihnen Erleichterun
verschafft habe.

Heilbronner nimmt an, daß der Anfall sich stets an ei
aus einem äußeren Anlaß entstandene Mißstimmung anschlie
eine Dysphorie, die sich in Unaufmerksamkeit, Stumpfhe
Reizbarkeit, Druck am Herzen, Kopfschmerz, Kongestionen us
äußert und dem Anfall auch als eine Art Aura vorangehen kan
Es würde dies der endogenen Verstimmung entsprechen, die v
manchen als Äquivalent des epileptischen Anfalls aufgefaßt wir
Ursprünglich kann ein äußerer Anlaß (Furcht vor einer Schu
aufgabe) die erste Verstimmung und damit den ersten Anfa
ausgelöst haben. Später ist dann ein äußerer Anlaß nic
mehr nötig.

Wiederholt sich bei diesen Anfällen jeweils eine sogenann
faszinierende Idee, die noch durch Halluzinationen verstär
sein kann, und ist das Bewußtsein mehr oder weniger verände
so haben wir einen Übergang zur hysterischen Poriomani

Wir betreten damit das Gebiet der Hysterie.

Die Hysterie im Kindesalter unterscheidet sich nicht wesen
lich von der der Erwachsenen.

Ohne eine Definition der Hysterie geben zu wollen, läßt si
sagen, daß, obwohl sie Störungen bietet, die organischen U
sprungs zu sein scheinen, sie doch ein vorwiegend psychisch
Leiden ist, womit jedoch nur gesagt sein soll, daß wir vorläu

Digitized by Google

e anatomischen Grundlagen wie bei andern Psychosen nicht nnen. Sie ist eine Neurose mit sehr vielgestaltigen und verderlichen Erscheinungsformen, deren Wesen nach *Kräpelin*[1]) rin besteht, daß krankhafte Veränderungen des Körpers durch efühlsstarke" Vorstellungen, ja selbst durch Gefühle mit ganz klarem Vorstellungsinhalt hervorgerufen werden können.

Noch liegt die Zeit nicht eben weit zurück — kaum 25 Jahre —, ß das Vorkommen der Hysterie im Kindesalter überhaupt noch ht allgemein anerkannt wurde. Es ist dies mit eine Folge der igen Anschauung von der Ursache der Hysterie, der auch der me seine Entdeckung verdankt, obwohl der Franzose *Lepois* on 1618 und *Sydenham* 1681 das Leiden als zentralen Ursprung kannt und speziell auch dessen Vorkommen bei Kinder nachwiesen hatte.

Erst durch die Arbeit von *Briquet* 1859, der 87 Fälle von dlicher Hysterie beschrieb, kam die alte Anschauung ins Wan. aber erst *Charcot* gab 1880 der neuen Auffassung eine jetzt h giltige Form. Seit *Charcot* erschienen eine Reihe von ßeren Arbeiten über die kindliche Hysterie neben ausdehnter Kasuistik. Ich will hier nur einzelne Namen nennen, allem *Clopatt*, *Bernheim*, *Henoch*, *Tuczek*, *Duroisin*, *Bruns*, *bius*, *Binswanger* u. a. Neuerdings ist auch eine ausführliche rstellung der kindlichen und jugendlichen Hysterie von *Bezy* l *Bibent*[2]) erschienen.

Was zunächst die Ätiologie betrifft, so dürfte hier noch hr als bei Erwachsenen die erbliche neuropathische Anlage e Rolle spielen. Jedenfalls wird man da, wo im frühen Kinalter Hysterie auftritt, wohl immer eine hereditäre Disposition nehmen. *Pitres* sagt: man wird hysterisch geboren, und auch el nimmt an, daß die Hysterie angeboren ist. Ob nun dabei Hysterie selbst angeboren ist, oder nur eine allgemeine nervöse nstitution und bei dem Auftreten der Hysterie wieder bestimmte ährungsstörungen das auslösende Moment bilden, wollen wir

[1]) *Kräpelin*, Lehrbuch der Psychiatrie.

[2]) *Bezy*, Dr. med. P., und *Bibent*, V., Die Hysterie im kindlichen und ndlichen Alter; übersetzt von *Brodtmann*.

hier nicht weiter erörtern. Sicher ist, daß die Anlage dazu schon in frühester Jugend vorhanden sein kann und es sich meist um nachweisbar erblich belastete Individuen handelt. Die etwaigen negativen anamnestischen Angaben dürften bei den bekannten Schwierigkeiten nicht zu sehr ins Gewicht fallen.

Hysterische Erscheinungen kommen schon in der frühesten Kindheit vor, sogar schon im Säuglingsalter. Die Krankheitsäußerungen in den ersten Lebensmonaten bestehen meist in tonischen und klonischen Krämpfen, da die psychischen Äußerungen noch zu geringe sind. Die früher der Dentition zugeschriebenen nervösen Zufälle der Säuglinge sind, wie jetzt allgemein anerkannt wird, zum Teil der Hysterie zuzuschreiben. Neben den Krämpfen, Kontrakturen und Lähmungen findet man als Früherscheinungen der Hysterie noch Zornparoxysmen, Ohnmachten, Fehlen des Lid- und Pharynxreflexes, Strabismus, Nystagmus und Atmungsstörungen. Krämpfe und Lähmungen sind übrigens bis zum 5. Lebensjahre die häufigsten Erscheinungen, doch werden auch schon Globus und selbst Ansätze des hysterischen Charakters erwähnt.

Vom 5. Lebensjahre an werden die Hysteriefälle überhaupt häufiger und die Krankheitsäußerungen immer mehr denen der Erwachsenen ähnlich.

Je mehr die Psyche sich entwickelt, um so mehr treten die psychischen Erscheinungen in den Vordergrund. So kann man bei Mädchen, die noch mit Puppen spielen, an ihrer Sucht, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, ihrer Neigung zum Lügen usw. schon die Vorläufer derselben erkennen.

Die ausgebildete Hysterie im späteren Kindesalter bietet alle Erscheinungen dar, wie die der Erwachsenen. Ich kann daher hier wohl über diese Dinge als bekannt kürzer hinweggehen. *Bezy* hat die beobachteten und beschriebenen Einzelerscheinungen zusammengestellt und dieselben eingeteilt in Formen, die mit Krämpfen einhergehen, in krampflose Formen, wozu auch die psychischen Veränderungen gehören, und in solche, die organische Leiden, insbesondere dem Kindesalter eigene, vortäuschen.

Mehr Erwähnung verdienen hier diejenigen Fälle bei Kindern, die als Hysterie in statu nascendi bezeichnet werden können

Digitized by Google

es durch Beachtung derselben häufig gelingt, schon sehr frühitig die hysterische Konstitution eines Kindes zu erkennen. Es ndelt sich um aufgeweckte Kinder, die nicht selten im Anschluß Schreck von allerhand vagen Störungen befallen werden: ckungen der Gesichtsmuskeln, der Augen, Stottern, Schluchzen, sten, namentlich Exspirationshusten, Stirnkopfschmerz, Magenampf, Erbrechen, Schmerzpunkte am Thorax und Abdomen. Auch im Rekonvaleszenzstadium akuter Krankheiten auftretenn Delirien und andere nervöse Erscheinungen gehören hierher. mentlich nach Darmerkrankungen besonders Typhus sind zahlche Fälle beschrieben. Ich selbst habe im vergangenen Jahre fällig zwei Fälle von hysterischer Stummheit nach Darmrankungen beobachten können. Der eine betraf einen vierrigen belasteten Knaben nach einem leichten Gastrizismus, andere ein neunjähriges Mädchen, nicht nachweisbar belastet, ch einem sehr schweren Typhus.

Bemerkenswert ist eben, daß die Hysterie im Kindesalter die igung hat, im Beginn monosymptomatisch aufzutreten, woch die Diagnose nicht unerheblich erschwert wird. Daher cht *Oppenheim* in seiner Schrift mit Recht auf diese vereinten Erscheinungen als Warnungssignale aufmerksam. Ist n erst aufmerksam, so wird man bei genauer Untersuchung ließlich immer vereinzelte andere Stigmata finden.

Die Diagnose wird unter Umständen auch dadurch erschwert, ß die Hysterie sich mit andern Neurosen wie der Chorea, mit en sie auf demselben Boden neuropathischer Anlage erwächst, bindet. Es kann ferner, wie die Hysterie andere Krankheiten täuscht, sich eine wirkliche organische Erkrankung hinter einen hysterischen Symptomen verbergen.

Wir sehen also, daß bei Kindern dieselben diagnostischen wierigkeiten sich ergeben, wie bei Erwachsenen, ja noch mehr.

Ist aber einmal die Hysterie bei Kindern frühzeitig erkannt, ist die Prognose eine günstige zu nennen, wie schon *Charcot* gibt.

Ätiologisch spielt die Erblichkeit, wobei auch körperliche, die nstitution verschlechternde Krankheiten (Tuberkulose, Gicht, es) mitwirken, die Hauptrolle. Nächstdem kommen teils als

beginnende, teils als auslösende Momente in Betracht: die Erziehung, allzu große geistige Anspannung, Aufregungen, Gemütsbewegung, Nachahmung und Übertragung von andern; ferner Traumen, Kälte, Onanie, hypnotische Experimente, Infektionskrankheiten, bes. Typhus, Influenza, Lues.

Bei der Behandlung ist das Nächstliegende die Prophylaxe und ergibt sich diese im einzelnen aus der Vermeidung der oben angeführten Schädlichkeiten. Die rationellste Bekämpfung wäre die Verhinderung von Eheschließungen konstitutionell neuropathischer Personen. Da dies vorläufig nicht erreichbar ist, wäre das Nächste, die Kinder möglichst frühzeitig dem Einflusse der kranken Eltern zu entziehen, kranke Mütter schon nicht stillen zu lassen. Später wäre Landaufenthalt, Erziehung in einem Internat oder Einzelpensionat ohne übertriebene Ansprüche an geistige Arbeit oder Religiosität angezeigt.

Ist die Hysterie ausgebrochen, so verspricht eine ärztlich geleitete rationelle Kaltwasserbehandlung, unterstützt von den antihysterischen Mitteln, bei entsprechender Diät und Übung des Körpers auf Kosten des Geistes Erfolg. Dabei ist eine ärztliche psychische Beeinflussung ev. durch Wachsuggestion sehr wichtig. In einzelnen Fällen wird auch hypnotische Suggestion anwendbar sein, doch gehen darüber die Ansichten auseinander. Die Durchführung einer geregelten Behandlung wird bei ausgesprochener Hysterie in der Mehrzahl der Fälle nur nach Absonderung von den Eltern in einem Sanatorium möglich sein.

In manchen Beziehungen zur Hysterie steht auch die Chorea. Ganz zur Hysterie zu zählen ist die sogenannte Chorea magna, die sich mit den schweren Krampfattacken der Grande Hystérie deckt.

Die eigentliche Chorea minor, die Chorea St. Viti, Veitstanz, kommt vorwiegend vom 5.—15. Lebensjahre vor; doch sind bekanntlich auch spätere Lebensperioden und selbst das Senium nicht frei davon. Das Charakteristische daran sind die choreatischen Bewegungen, Zuckungen in einzelnen Muskelgruppen und auch kompliziertere Bewegungen. Mädchen werden mehr davon ergriffen als Knaben, etwa im Verhältnis von 3 : 1. Wir haben es hier nur mit der *Sydenham*schen Chorea minor zu tun,

gitized by Google

iologisch spielt auch hier die neuropathische Anlage eine Rolle, der Gemütsbewegungen, Schreck hinzukommen, um die Neuse zum Ausbruch zu bringen. Schwächliche anämische Kinder nd mehr disponiert. Auch durch Nachahmung soll Chorea entehen können. Bekanntlich kommen in Schulen ganze Veitstanzidemien vor. Wahrscheinlich handelt es sich aber hier, wie i den Tics, bei den durch Nachahmung entstandenen Fällen, n Hysterie, mit der die Chorea ohnehin öfters kombiniert auft, da sie mit ihr auf demselben Boden der neuropathischen nlage erwächst. Auf die Anschauungen über die anatomische rundlage der Chorea will ich hier nicht eingehen. Ihre Behungen zum Gelenkrheumatismus und zur Endocarditis sind kannt. Jetzt wird ja wohl meist angenommen, daß es sich mer um eine Infektion, ein Virus handelt, das sowohl den elenkrheumatismus als die Endocarditis, als auch den Veitstanz rregt. Wahrscheinlich wirken verschiedene Noxen zusammen nd dasjenige Alter, in welchem der motorische Hemmungsapparat ch nicht genügend funktioniert, das Kindesalter, ist am meisten ährdet. Seelische Erregungen setzen sich hier noch ungehemmt motorische Akte um. So sehen wir z. B. bei Kindern durch erlegenheit eine motorische Unruhe entstehen, die der chotischen ähnlich ist. Offenbar erhöht, wie *Oppenheim* annimmt, e individuelle Steigerung dieser Anlage die Disposition zur orea.

Auch hier stehen wir nicht sofort der ausgebildeten Krankit gegenüber, und gerade die Anfangssymptome sind es, die uns pressieren.

Die Krankheit beginnt ganz allmählich. Die Kinder werden hig, ungeschickt, lassen häufiger etwas fallen, werden unsauber ihren schriftlichen Arbeiten, verlegen, können nicht mehr still en, so daß sie oft für ungezogen gehalten und dementsprechend handelt werden, zumal auch der Charakter gegen früher s verändert ist.

Erst später tritt die typische Muskelunruhe: die Bewegungen Hände, Fingerspreizen, Rumpfdrehen, Grimassieren, Vorstrecken Zunge und andere auffällige Erscheinungen auf, so daß dann ch gewöhnlich der Arzt aufgesucht wird.

Die Zuckungen wechseln übrigens bei der Chorea beständig (ein konstantes Festhalten derselben Bewegung deutet mehr auf Hysterie), und es können mehrere Muskelgruppen zugleich in Bewegung sein; auch sind es weniger Zuckungen als Bewegungen. Die obere Körperhälfte pflegt gewöhnlich stärker befallen zu sein. In schweren Fällen kann die Sprache völlig verändert sein; die Respiration und die Phonation kann sich beteiligen.

Die willkürlichen Bewegungen steigern gewöhnlich die Unruhe noch, so daß die ersteren rasch und brüsk werden. Die Bewegungen können halbseitig auftreten, können auch kurze Zeit pausieren.

Am meisten steigernd auf die Unruhe wirkt wohl die Gemütsbewegung, während Ruhe einen günstigen Einfluß ausübt. Die Intensität kann bis zur vollen Muskelraserei (Folie musculaire) sich steigern und selbst den Tod verursachen. Die Psyche ist stets verändert — gewöhnlich nur in Form von Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Zerstreutheit, Gedächtnisschwäche bei labilem Wechsel der Affektäußerungen.

Es verbinden sich aber mit der Chorea auch wirkliche Psychosen, Depressionszustände, Delirien, Verworrenheit und endlich die Demenz als Endzustand. Am meisten aber tritt sie mit der Hysterie zusammen auf.

Die Prognose ist im allgemeinen günstig, wenn auch bis ins spätere Alter verschleppte Fälle nicht selten sind.

Die Therapie besteht in sofortiger Entfernung aus der Schule, Isolierung bei Bettruhe. Bei Krämpfen muß sofortige Vorsorge getroffen werden. Ferner ist für leichte Kost und Schlaf zu sorgen. Bei Verbindung mit Psychosen ist eine entsprechende Anstalt erforderlich, sonst ist eventuell ein Krankenhaus ratsam. Von Arzneimitteln ist Arsen am meisten beliebt. In einzelnen Fällen kann auch die Hypnose gute Dienste leisten. Zur allgemeinen Kräftigung pflegt Hydrotherapie empfohlen zu werden.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz einer Erkrankung gedenken, bei der ich allerdings die Grenzen dieser Abhandlung etwas durchbreche. Ich meine das sogenannte moralische Irresein der Kinder, die Gemütsentartung, wie *Emminghaus* sie nennt.

Digitized by Google

Wir wissen, daß beim normalen Kinde die Entwicklung der sittlichen Gefühle einen ziemlich regelmäßigen Fortschritt von einer niederen zu einer höheren Stufe durchmacht, auf den ich hier nicht näher eingehen will.

Bei der Gemütsentartung beobachten wir einen meist andauernden Ausfall der kindlichen Gutmütigkeit und der altruistischen Gemütsbewegungen. Diesem Defekt steht auf der andern Seite ein enorm gesteigerter Egoismus gegenüber, eine Perversion der geistigen Gefühle, die nur Strebungen nach der Richtung des Schlechten aufkommen lassen.

Das Denkvermögen und der Intellekt ist gleichfalls eingeschränkt, obwohl einseitige Verschärfung in Form egoistischer Schlauheit selten vermißt wird.

Dieser Zustand ist in der Regel angeboren und das Resultat schwerer erblicher Belastung, weshalb Degenerationszeichen gewöhnlich vorhanden sind.

Die Erkrankung ist insofern auch forensisch wichtig, als auf diesem Boden zuweilen jene Akte von unglaublicher Wildheit und Grausamkeit von Kindern erwachsen, die durch die Tagespresse bekannt zu werden pflegen.

Heilbar ist die Gemütsentartung in der Regel nicht, wenn auch lange Remissionen vorkommen können, und es wurzeln die Fälle von moral insanity Erwachsener gewöhnlich in der Kindheit. Man begegnet diesen Kindern zuweilen in Besserungsanstalten, wohin sie aber nicht gehören, da sie im Gegensatze zu denen, die aus Mangel an Erziehung in der sittlichen Entwicklung zurückgeblieben sind, nicht besserungsfähig sein werden und eigentlich in eine Irrenanstalt gehören. Überhaupt dürfte sich die letzte Kategorie in der Behandlung nicht immer mit den vorhergenannten leicht geisteskranken Kindern praktisch vereinigen lassen, während dies andrerseits mit gewissen leichten Graden der Epilepsie oder wirklicher geistiger Störung geschehen könnte, auf die jedoch näher einzugehen ich aus den eingangs erwähnten Gründen Abstand genommen habe.

Ich war genötigt, in dem Vorangegangenen die zahlreichen hierher gehörigen nervösen Erkrankungen des Kindesalters auch in ihren einzelnen Erscheinungen zu berühren und, wenn auch

Digitized by Google

oft nur andeutungsweise, die spezielle in den einzelnen Fällen zurzeit übliche Therapie zu erwähnen. Es geschah dies vor allem einmal, um eine Gesamtübersicht der hierher gehörigen Fälle zu geben, und dann, um die außerordentliche Häufigkeit des Vorkommens, die Vielgestaltigkeit der Erscheinungen und die Wichtigkeit der Beachtung der Initialsymptome hervorzuheben. Bei dieser Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen und der therapeutischen Maßregeln scheint es zunächst nicht leicht zu sein, alles unter einen Hut zu bringen oder gemeinsame Abwehrmaßregeln zu finden, wie dies für die geistig minderwertigen, schwachsinnigen Schulkinder durch den entsprechenden Unterricht teils schon durchgeführt ist, teils so erfolgreich angestrebt wird.

So vielgestaltig aber auch das Bild ist, das sich uns entrollt, so lassen sich doch eine Reihe gemeinschaftlicher Gesichtspunkte finden, nach denen hier vorgegangen werden kann und an manchen Orten bereits vorangegangen wird. So sehen wir denn auch in den zahlreichen älteren und neueren Arbeiten über diesen Punkt, neben der Spezialisierung der Therapie, doch stets wieder gewisse gemeinsame Grundgedanken und Prinzipien zum Durchbruch gelangen.

Es ist nun meines Erachtens gerade der Zweck des heutigen Vortrags, diese Prinzipien zusammenzustellen, um dadurch vielleicht zu gemeinsamen Gesichtspunkten zu gelangen, nach denen die Bekämpfung dieser leichten jugendlichen abnormen Geisteszustände organisiert werden könnte.

Bei dieser Zusammenstellung müssen wir uns nicht nur die Erfahrung der auf diesem Spezialgebiete tätigen Nerven- und Kinderärzte zunutze machen, sondern auch die Erfahrungen der Ärzte und Pädagogen, die in neuerer Zeit so hervorragende Resultate auf dem Gebiete der Behandlung und Erziehung geistesschwacher Kinder erzielt haben, einem Gebiete, das mit der heutigen Frage unmittelbar zusammenhängt, und dessen Resultate durch das Referat des Herrn *Weygandt* in der oben genannten Versammlung in erschöpfender Weise dargestellt wurde.

Ein gemeinsames Moment bietet schon die Ätiologie.

Aus dem Vorangegangenen geht hervor, daß überall da, wo

Digitized by Google

in früher Kindheit nervös oder psychisch abnorme Erscheinungen auftreten, wir es fast immer mit den Äußerungen der neuropathischen Anlage der meist hereditären nervösen oder psychasthenischen Konstitution zu tun haben.

Gerade die ersten Äußerungen dieser nervösen Konstitution rühzeitig zu erkennen, wird von einer Reihe von Autoren neuerlings als eine der wichtigsten Aufgaben betont, da es eben, wenn überhaupt, dann noch möglich ist, durch geeignetes Einschreiten, Erziehung, Versetzen in geeignetes Milieu, umstimmend auf die Konstitution zu wirken, der Erkrankung Einhalt zu tun resp. pätere schwerere Krankheit zu verhüten und so prophylaktisch u wirken. Die beste Prophylaxe wäre allerdings, überhaupt eine derartigen Kinder in die Welt zu setzen und zu diesem Zweck zunächst die Heiraten körperlich oder geistig konstitutionell ranker Personen zu verhindern; eine Aufgabe, die wohl nie ganz elöst werden wird, bei der jedoch manches durch Aufklärung eitens der Ärzte getan werden kann. Noch nachdrücklicher wird ies für später vielleicht geschehen können, wenn einmal, wie ies neuerdings wieder energischer angestrebt wird, durch allgeeine und gleichartige Arbeit das Dunkel, das noch immer über e Art und die Wege der Erblichkeit liegt, etwas mehr aufgehellt nd dadurch eine etwas sicherere Grundlage geschaffen sein wird.

Wie mehrfach hervorgehoben wurde, sehen es alle neueren utoren als sehr wichtig an, daß gerade die ersten Erscheinungen, e Konvulsionen der Säuglinge, später im schulpflichtigen Alter e Charakteranomalien, die Tics und andere leichte motorische d psychische Erscheinungen, oft recht unauffälliger Natur, behtet werden müssen.

Da entsteht nun sofort die Frage, wer auf diese Dinge hten soll. In erster Reihe natürlich die Eltern. Diese sind zu aber vielfach gar nicht in der Lage. Die einen können n Kindern nicht die nötige Aufmerksamkeit schenken, die dern bemerken diese Dinge wohl, verkennen sie aber, halten e Konvulsionen für Zahnkrämpfe, die Tics für üble Gewohniten und Unarten und behandeln sie dementsprechend mit der er ganz unangebrachten Strenge. Der am frühesten diese Erheinungen beobachten und richtig beurteilen könnte, der Haus-

Digitized by Google

arzt, ist leider mehr und mehr aus der Mode gekommen und wird nur noch in vereinzelten Exemplaren angetroffen.

Da ist es denn häufig erst die Schule, wo sich die nervösen Initialsymptome unangenehm bemerkbar machen und häufig genug auch da noch vom Lehrer lange verkannt werden. Immerhin ist die Schule derjenige Ort, wo die Kinder besser als im Elternhaus objektiv von Dritten beobachtet werden können. Es ist klar, daß dieser Dritte zweckmäßig ein mit den nervösen Erscheinungen Vertrauter, also ein Arzt ist. Wir erheben damit hier den Ruf nach dem Schularzt. Schon lange ist diese Notwendigkeit von den Fachgenossen anerkannt und vielfach ausgesprochen worden. Das Resultat ist, daß bereits allenthalben zahlreiche Schulärzte in Tätigkeit sind.

Vor allem ist in vielen größeren Städten, neben den spezialärztlichen Untersuchungen durch Augen- und Ohrenärzte, eine regelmäßige Kontrolle durch Schulärzte eingeführt, die neben der Feststellung des allgemeinen körperlichen Zustandes vor allem diejenigen Schulkinder, die im Normalunterricht nicht mitkommen, auf vorhandene geistige Minderwertigkeit resp. Schwachsinn zu prüfen haben, um dieselben von den übrigen abzusondern und den Hilfsklassen und Hilfsschulen für Schwachsinnige zu überweisen. Es ist nun leicht, da, wo diese Einrichtung besteht, sie auch auf die Eruierung der leicht abnormen und nervösen Kinder auszudehnen. Die Mitwirkung der Lehrer kann dabei natürlich nicht entbehrt werden. Die Lehrer müssen über diesen Punkt, die Anfangserscheinungen der Nervosität, unterrichtet werden und in der Weise mit dem Schularzt zusammen arbeiten, daß sie demselben diejenigen Kinder, die beim Unterricht abnormes zeigen, namhaft machen, wie sie auch jetzt schon dem Schularzt diejenigen nennen, die im Unterricht zurückbleiben; zumal häufig die charakteristischen Erscheinungen bei der ärztlichen Untersuchung fehlen können.

Laquer[1]) hat Beobachtungsbogen aufgestellt zur Feststellung der geistigen Minderwertigkeit, die sich mit Leichtigkeit auf die Feststellung der neuropathischen Anlage überhaupt, auch bei in-

[1]) *Laquer*, Dr. Leopold, Über schwachsinnige Schulkinder.

Digitized by Google

ellektuell vollwertigen Kindern, ausdehnen lassen, da sie schon lubriken über Erblichkeit, Degenerationszeichen, Sensibilitätstörungen usw. enthalten. Aber nicht nur in den größeren Städten ollte eine solche Kontrolle gehandhabt werden, sondern auch in en kleineren Städten und auf dem Lande sollte man sie in leicher Weise durchführen. Man würde dadurch unter anderem uch zu der noch fehlenden Statistik über die Nervosität im Kindesalter gelangen, sowie auch manche Aufschlüsse über die Erblichkeit erhalten.

Eine solche regelmäßige Kontrolle durch Schulärzte, die selbstverständlich psychiatrisch und psychologisch vorgebildet sein üssen, in Verbindung mit dem besser instruierten Lehrerpersonal, äre somit die erste gemeinschaftliche Maßregel, die zur Namaftmachung der nervös disponierten Individuen führen würde, ie sie sich bisher zur Ausscheidung der geistig Zurückgebliebenen ewährt hat.

Die nächste Frage ist nun die, was mit den festgestellten neuroathischen Kindern geschehen soll. Bei den leicht Schwachsinnien ist die Frage in der Weise entschieden, daß diese aus der ormalschule entfernt und in Klassen für Minderbegabte resp. entsprechenden Schulen oder Erziehungsanstalten je nach ihrer ildungsfähigkeit unterrichtet werden. Bei den neuropathisch eranlagten der oben erwähnten Kategorien liegt die Beantwortung r Frage vielleicht nicht so einfach. Hier haben wir es, nicht wohl was die Bildungsfähigkeit, als vielmehr das äußere Veralten betrifft, mit viel ungleichartigerem Material zu tun.

Bei den, wie wir gesehen haben, so verschiedenartigen Formen r Erkrankung bedürfen die einen sofortiger energischer speziatischer Behandlung, andere werden wohl nur pädagogisch benflußt zu werden brauchen. Viele bedürfen der Ruhe und der ntfernung aus der Schule, ja aus dem Elternhaus, Versetzung andere Umgebung; andere können sehr wohl zu Hause eiben.

In den meisten Fällen wird wohl die Entfernung aus der lgemeinen Schule nicht zu umgehen sein. Die neurasthenischen, e mit Zwangsgedanken und Tics behafteten, wie die choreatihen Kinder bedürfen vor allem der geistigen Ruhe.

Das Lernen, die Angst, ob sie vor dem Lehrer bestehen werden, der Ehrgeiz ruft Aufregungen und Mißstimmungen hervor, die, wie erwähnt wurde, durchaus imstande sind, bei neuropathisch veranlagten Kindern die Krankheit zum Ausbruch zu bringen. Gewisse mit Krämpfen, Chorea, Tics behaftete Kinder müssen auch wegen der Gefahr der Übertragung durch Nachahmung aus der Schule entfernt werden. Aber auch für solche, bei denen ein direkt zwingender Grund noch nicht vorzuliegen scheint, ist Aussetzen des gewöhnlichen Schulunterrichts geraten, da diese Kinder die tägliche Anspannung in der Schule schlechter ertragen und rascher ermüden. *Stadelmann*[1]) bezeichnet mit Recht die neuropathische Anlage als eine Ermüdungsanlage. Die Entfernung aus der Schule bringt für diese Kinder auch nicht die Gefahr des späteren Zurückbleibens mit sich. Es handelt sich bei diesen ja nicht um geistig zurückgebliebene Kinder, denen das Lernen schwer fällt, weshalb man sie auch nicht in die Schulen für Zurückgebliebene unterbringen kann, vielmehr sind es in der Mehrzahl intellektuell normale (ausgenommen sind die mit moral insanity), ja häufig sogar hochbegabte, fleißige, dabei oft ehrgeizige, selbst zur Streberei neigende Kinder, bei denen der Lerneifer oft eher gedämpft werden muß. Diese holen das Versäumte später leicht, und wenn sie gekräftigt sind, auch ohne Schaden nach.

Es wird nicht immer leicht sein, die Eltern davon zu überzeugen, daß die Kinder wegen der oft anscheinend nur geringfügigen Störung die Schule aussetzen müssen und ärztlicher Behandlung bedürfen. Da ist es denn Sache des Schularztes, die Eltern über die Gefahr und notwendige Behandlung aufzuklären und die Kinder eventuell spezialistischer Behandlung zu überweisen.

In vielen Fällen wird nun, wie schon erwähnt, das Verbleiben der Kinder zu Hause aucht nicht wünschenswert, ja schädlich sein. Abgesehen von der Unmöglichkeit, gewisse Behandlungsmethoden durchzuführen, haben wir gesehen, daß die Heredität bei den verschiedenen Arten der erwähnten Erkrankungen die

[1]) *Stadelmann*, Dr. H., Schwach beanlagte Kinder. Ihre Förderung und Behandlung.

Digitized by Google

sentlichste Rolle spielt. Wir werden also recht häufig bei rvösen Kindern auch nervöse Eltern finden. Es liegt auf der nd. daß das Beisammensein der kranken Kinder mit den oft ch kränkeren Eltern, die Erziehung durch dieselben bei beider-tiger Reizbarkeit, Unstetigkeit in der Behandlung und Gefühls-rfluß von keinem günstigen Einfluß sein kann.

Es wird also die Entfernung von Hause in Frage kommen. r bei wenigen wird einfache Entfernung von Hause etwa auf Land — ärztliche Beaufsichtigung vorausgesetzt — für einen ernden Erfolg genügen.

In vielen Fällen, besonders bei allen schweren Störungen, d eine spezialistische Behandlung der Krankheit selbst, sowie e nach ärztlich pädagogischen Prinzipien geleitete systematische ehungsmethode notwendig sein. Von einer solchen Methode dert man heute, daß sie nicht nur erziehend, sondern auch lend wirken soll. Mehr als bei schwachsinnigen steht bei den venkranken Kindern der oben genannten Arten die ärztliche handlung im Vordergrunde. Die psychische Behandlung wird hinter der Körperpflege zurückstehen müssen. Stets müssen ch vorangehende Untersuchung etwaige körperliche Schäden gestellt und nach Möglichkeit beseitigt werden. In allen Fällen d ferner eine hygienisch-diätetische Kur eingeleitet werden, je h Art des Falles, unterstützt von Massage, Gymnastik in Form deutschem und schwedischem Turnen, Atmungsgymnastik und egungsspielen. Auch die Hydrotherapie wird ihren Platz in Behandlung finden.

Was nun den Unterricht resp. die psychische Erziehungs-hode betrifft, so kommen die Erfahrungen, die man vorwiegend schwachsinnigen Schulkindern gemacht hat, auch den leicht esskranken zugute. Obwohl sie sich ja in der Intelligenz rscheiden, haben sie doch eine Anlage gemeinsam, die leichte gbarkeit. Man hat nun allgemein als richtig anerkannt, daß nervenkranke Kinder sich nur eine Erziehungsmethode eignet, che die individual-psychologischen Gesichtspunkte be-ksichtigt. Beim Unterricht muß, wie *Stadelmann*[1]) sich aus-

[1]) *Stadelmann*, Dr. H., Schulen für nervenkranke Kinder.

drückt, die individuelle Nervenbeanlagung die Voraussetzun bilden. Kein Kind ist wie das andere, weder das normale noc das kranke. Es muß daher die psychische Individualität, die sic aus der verschiedenen Funktion der Sinnesorgane und de dadurch bedingten differenten Apperzeption, der Verschieden heit der gebildeten Vorstellungen und Vorstellungskreise, dere Assoziation und Wertungen ergibt, berücksichtigt werden, da hier von das Erkennen, die Bildung von Begriffen und Urteilen abhäng

Bei jedem einzelnen Kinde müssen daher auch die spezielle Fähigkeiten geprüft werden, sein bisheriger Erfahrungsinhalt, sei Interessenkreis, die Gemütsreaktion. Eine genaue Prütung de Intelligenz (etwa nach *Rieger*) ist gleichfalls von Wichtigkei Ebenso muß man sich über die Art der Assoziationen un Wertungen Aufschluß verschaffen. Ferner muß die Ermüdungs grenze festgestellt werden. Danach erst wird das Lehrprogramm aufgestellt. In diesem wird auch dem Handfertigkeitsunterrich ein hervorragender Platz angewiesen sein. Weiter möchte ich hie nicht auf die Einzelheiten des Unterrichts eingehen und nur her vorheben, daß der bisher übliche Fachunterricht für nerven kranke Kinder im allgemeinen als zu verwerfen gilt.

Dem gegenüber wendet sich *Wildermut* gegen eine allz weitgehende Individualisierung des Unterrichts und meint, daß ei Teil der nervösen Kinder besser in einen Schulverband kommen in welchem weniger individualisiert wird. In einem mehr gemein samen militärischen Betrieb, in welchem nicht jeder Schwankun des subjektiven Befindens nachgegeben wird, liege ein Momen der psychischen Abhärtung. Für gewisse leichtere Formen vo Hysterie ist dies wohl auch zutreffend und ist es eben Aufgab des Schularztes, die Fälle auch daraufhin zu prüfen. Für die Mehr zahl wirklich nervöser Kinder eignet sich, wie erwähnt, der ge wöhnliche Unterricht nicht.

Es ist klar, daß bei dieser durchaus individualisierende Assoziationsmethode (so nennt sie *Stadelmann*), es nicht angeht wird, eine größere Zahl von Kindern im Unterricht zu vereinigen Es werden vielmehr nur kleine Gruppen gleichartiger zusammen zustellen sein und selbst zum Einzelunterricht wird vielfach ge griffen werden müssen.

Digitized by Google

Die Durchführung einer solchen individualisierenden Behand-
gs- und Erziehungsmethode ist aber nur in einer entsprechen-
Anstalt möglich. An solchen Anstalten fehlt es aber bis
noch sehr, wenn auch Anfänge gemacht sind. Für die besser
ierten gibt es vereinzelte Privatanstalten; doch lange nicht im
hältnis zu der Krankenzahl wie für Erwachsene, für welche
t. die Sanatorien und Heilstätten allenthalben gebaut werden.
Kinder ist noch recht wenig geschehen, gerade bei uns in
len.

Manche Eltern sind genötigt, ihre leicht geisteskranken und
vösen Kinder in den Idiotenanstalten unterzubringen, was von
nachhaltiger ungünstiger Wirkung sein kann, wie mir Fälle
annt sind. Die Hysterischen und Choreatischen, soweit sie an
mpfen leiden, werden dagegen oft in die Anstalten für Epi-
tische gebracht, wohin sie jedenfalls auch nicht gehören. Auch
so häufig geübte Unterbringung solcher Kinder in einer Familie
dem Lande, besonders in Pfarrhäusern, ist, da die Erziehung
ist von andern Prinzipien als den oben erwähnten ärztlichen
geht, ebenfalls zu verwerfen.

Das Ideal würden Anstalten mit nur beschränkter Kinderzahl
stellen, die jedoch, weil nur in Privatbesitz möglich, für die
derbemittelten meistens nicht zugänglich sind, und gerade hier,
die Eltern sich oft nicht mit der gewünschten Intensität um
Kinder kümmern können, wären sie oft recht nötig.

Endlich ist hier auch noch der Tatsache zu gedenken, daß
erheblicher Prozentsatz der Zöglinge von Zwangserziehungs-
alten geistig nicht normal, ja direkt geisteskrank ist, wofür
ebenfalls Fälle bekannt sind. Es dürfte sich bei einer Reihe
her Kinder empfehlen, in zweifelhaften Fällen, ehe sie der
erungsanstalt überwiesen werden, dieselben zunächst in einer
prechenden Anstalt für Kinder einer psychiatrischen Beobachtung
nterziehen, eine Maßregel, die auch von den juristischen Ver-
tungsbeamten sicherlich begrüßt werden wird.

Wir müssen also hier die Notwendigkeit des Schaffens von
stalten oder Sanatorien für leicht geisteskranke oder
renkranke Kinder in Verbindung mit nach den oben er-
hnten individualisierenden Prinzipien geleiteten Erziehungs-

anstalten betonen. Es besteht hier für uns eine dringende Notwendigkeit.

Manches könnte hier wohl vielleicht durch Privatwohltätigkeit erreicht werden. Aber auch der Staat wird sich dieser Aufgabe nicht ganz entziehen können. Liegt es doch auch in seinem Interesse.

Die Fürsorge für die leicht geisteskranken Kinder ist zugleich eine prophylaktische Maßregel: eine Vorbeugung gegen spätere Geisteskrankheit und Verbrechen. Die moderne Behandlungsmethode richtet sich ja, wie erwähnt, vor allem gegen die vorhandene kranke Anlage. Wenn aber überhaupt, so ist es im Kindesalter noch möglich, umstimmend und bessernd auf die Konstitution zu wirken und es dürfte für den Staat vorteilhafter sein, krankhaft veranlagte Kinder durch möglichst frühzeitige Behandlung und Erziehung auf die richtige Bahn zu lenken, als später den Schaden zu tragen, den diese Individuen als Erwachsene durch Verbrechen oder dauernde Geisteskrankheit ihm zufügen.

Selbstverständlich kann es sich, um kurz auf diese praktische Frage einzugehen, nicht (abgesehen von Privatunternehmungen) um selbständige Anstalten handeln, sondern, wie dies ja schon an verschiedenen Orten geschehen ist, um Angliederung einer Kinderabteilung mit Erziehungsanstalt an eine bestehende Irrenanstalt. *Kolb* stellt z. B. diese Forderung für die von ihm empfohlenen mittelgroßen Anstalten auf. Dies empfiehlt sich schon deshalb, weil in verschiedenen Gegenden eines Landes solche Abteilungen den bestehenden Anstalten angegliedert werden könnten. Welche Vorzüge, abgesehen von der Billigkeit, die für die Frequenz, für die Möglichkeit von Besuchen etc. gegenüber einer größeren Anstalt hätte, ist bei anderen Gelegenheiten schon genügend ausgesprochen worden.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich noch erwähnen, daß nicht nur die eingangs erwähnten Erkrankungen, sondern auch leichte Fälle wirklicher Psychosen praktisch in derselben Weise behandelt werden können.

Eine Trennung der geistesschwachen und geisteskranken Kinder läßt sich natürlich nicht aufstellen; vielmehr finden hier fließende Übergänge statt. Die allgemeinen Abwehrmaßregeln sind daher für beide dieselben.

Digitized by Google

Die Frage der zweckmäßigsten Behandlung und Unterbringung Kinder wird auch immer dringender, da die Zahl der ner- en und geistig abnormen Kinder in einer obzwar langsamen ahme begriffen ist. Die Angaben über diesen Punkt weichen igens sehr voneinander ab, und giltige Resultate werden erst h Durchführung einer auch auf diesen Punkt gerichteten schul- lichen Kontrolle erhalten werden. Die Quellen für diese Zu- me können wir nicht alle zustopfen. Eine davon habe ich on erwähnt, es sind die Heiraten neuropathischer Personen. e andere ist in dem Mißbrauch des Alkohols zu suchen. Eine tere Quelle der Zunahme endlich, meines Erachtens die größere, er aber nur wenig erwähnte, dürfte in der durch Verbesserung Hygiene und der Säuglingspflege im besonderen erzielten rmen Abnahme der Kindersterblichkeit zu suchen sein. ist zweifellos, daß dadurch eine Menge minderwertiger und ebensunfähiger Individuen, die früher starben — wodurch eine türliche Auslese geschaffen wurde — jetzt in den Kulturstaaten ch bessere Hygiene und Lebensführung, künstliche Nährmittel etc. ein späteres Lebensalter hinübergeschleppt werden, wo sie ießlich doch noch Schiffbruch leiden. Diesen Faktor können nicht ausmerzen, denn wir können nicht verlangen, daß die ene und Säuglingspflege schlechter werden sollen. Wir haben um so mehr die Pflicht, von vornherein auf die ersten Zeichen nervösen Konstitution zu achten, diese Kinder besonders berwachen, entsprechend zu erziehen und eventuell die krank- n Erscheinungen im Keime zu ersticken, ehe sie sich fest- zt haben.

Die allgemein zu empfehlenden Abwehrmaßregeln sind also:

1. Ausgiebige Anstellung von psychiatrisch und psychologisch deten Schulärzten auch auf dem Lande, von denen eine mäßige Kontrolle auch mit Rücksicht auf die Zeichen der sität ausgeübt werden muß.

2. Errichtung von Heilstätten mit Erziehungsanstalt für ner- und geisteskranke Kinder, am besten als Unterabteilungen estehende Irrenanstalten angeschlossen.

Zur Lehre von der periodischen Paranoia.

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller,** Osnabrück.

A. Tr. wurde 1870 geboren. Erbliche Belastung irgend welcher A trotz sorgfältiger Nachforschungen nicht zu ermitteln. Machte im sechst Lebensjahre eine „Gehirnentzündung" durch, bei welcher er über 14 Ta bettlägerig war und heftig delirierte. Seitdem litt er sehr viel an Kop schmerzen, konnte nie alkoholhaltige Getränke vertragen, b großer Hitze fühlte er sich nicht wohl. Träumte manchmal sehr l haft und fühlte sich dann am andern Morgen schlecht. Will stets an leic tem Händezittern gelitten haben und rechnete sich selbst nicht „zu d Besitzern starker Nerven". Im übrigen war er stets körperlich gesund u gut veranlagt, strebsam, folgsam und solide. 1889 fing er an, Medizin studieren. Trank als Student sehr viel. In der Nacht vom 3. April 1 wurde er in seiner Heimat nach dem Atteste des Kreisphysikus vom V folgungswahnsinne befallen. Er wurde plötzlich erregt, sah Männer wunderbaren Gesichtern, glaubte sich von Gaunern und Verfolgern umri und reiste in höchster Aufregung von Göttingen nach Münden zu einer freundeten Familie. Hier so erregt, daß man ihn in die Zwangsjacke stec Erzählte dem Arzte, er sei fortgereist, weil ihn seine Feinde unschädli machen wollten, um mit seiner Mutter freies Spiel zu haben. Die Gaun bande hätte ihn auch auf der Reise verfolgt und beobachtet, seien bald als Männer, bald als junge liederliche Mädchen in sein Co gekommen, hätten ihn fixiert, von ihm gesprochen und ihn mit d Ellenbogen angestoßen. Ein Herr habe ihn mit riechendem Ga betäuben wollen, in den Restaurationen habe man ihn zu vergiften v sucht. Auch in Münden habe er die Spitzbuben in seiner Kammer sehen, in seiner Hose könne man noch den betäubenden Dunst merken.

Überführung in die Heil- und Pflegeanstalt zu G. Wehrt sich hier ge die Gaunerbande, seine Decke ist mit Chloroform getränkt. Sehr err Hat keinen Oberkörper, kann angeblich weder Stuhlgang noch Urin lass

Digitized by Google

Später liegt er mehrere Male im halluzinatorischen Stupor von mehrtägiger Dauer. Seit April 1891 geordnet, aber still, spricht mit sich selbst, grimassiert und gestikuliert.

Im Mai erregt, glaubt sich wieder vergiftet. Derartige Erregungszustände treten öfters bis zum Ende des Jahres auf, seitdem ruhig und ordentlich, spricht aber noch viel vor sich hin. Am 5. März 1892 gebessert entlassen. Diagnose: Akute halluzinatorische Verwirrtheit.

Zu Hause zuerst verschlossen, still und harmlos, aber anscheinend geordnet beschäftigt sich mit medizinischen Studien. Im Juni 1892 von neuem erregt. Verfolgt mehrere Leute auf der Straße, beschimpft sie und spuckt sie an, wird später sinnlos laut, tanzt singend und schreiend zu Hause herum, ist zu keiner geordneten Unterhaltung zu bewegen. Wagt es, einen Regierungsassessor mit den Worten: „Sinnestäuscher, verfluchter Beamter!“ anzufallen. Vergreift sich an seiner Mutter, verursacht einen Auflauf, muß nach Hause geschleppt werden. Bei der Physikatsuntersuchung ruft er fortgesetzt: „Sinnestäuscher“, „Blutschande“. Zelle Nr. 52.

Am 19. Juni 1892 Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück. Lacht viel ohne Grund, beantwortet die meisten Fragen mit albernstigem Lächeln. Über seine Vergangenheit im allgemeinen sehr wohl orientiert. Glaubt in Marburg in der Irrenanstalt zu sein, hält den Oberwärter für den Direktor.

Lacht und grimassiert viel, stößt oft zusammenhanglose Sätze und Worte aus. Hat sich bald örtlich orientiert. Sehr wechselnd in Stimmung und Verhalten. Wird später allmählich ruhig und verständig, hat völlige Krankheitseinsicht, entschließt sich spontan, dem Medizinstudium zu entsagen. Diagnose: Akute halluzinatorische Verwirrtheit. Am 27. Oktober 1892 entlassen.

Wird jetzt Regierungssupernumerar. Hat dauernd Einsicht für die überstandene Krankheit. Trinkt gelegentlich eines Konzertes Dezember 1893 viel Bier. Seitdem auffällig, geht auf der Straße ohne Gruß an Bekannten vorbei, starrt lange die Gegenstände in den Ladenfenstern an, wird wortkarg und ist im Dienste nicht zu gebrauchen. Bleibt manchmal, die Beine weit auseinandergespreizt, laut lachend 5—10 Minuten auf der Straße stehen. In der Physikatsuntersuchung stößt er mehrere Male: „jawohl, Freimaurer ... Vorsicht, Vorsicht!“ heraus. Hat in gewissem Grade Krankheitsbewußtsein.

Am 20. Januar 1894 Aufnahme in Osnabrück. Zeigt äußerlich dasselbe Verhalten, spricht mit einfältig-verschlagenem Lächeln im Gardeleutnantston, spukt wie ein Frosch, äfft andere Kranke nach. Weiß sich der geringfügigsten Ereignisse der Vergangenheit zu entsinnen. Hält sich von den andern Kranken zurück. Sobald er sich nicht beobachtet glaubt, schimpft er mit geballten Fäusten am Fenster heraus oder blickt grinsend zur Decke herauf. Schnarrt dann: „Was will der Kerl mit seinen verfluchten Zigarren ... gewiß, das ist die Geschichte ... der

Digitized by Google

Maurergeselle soll sich doch endlich an seinen Platz scheren." Ist imm
leicht zu fixieren, stellt lächelnd Sinnestäuschungen in Abrede. Schl
nachts ausgezeichnet. Hat ohne jede äußere Ursache und ohne jede
somatischen Befund starkes Erbrechen. Beschmiert einmal sein
Bett mit Kot. Darüber befragt, wird er enorm erregt; stellt alles in Abred
der ganze Dreck sei von N. hergeflogen, dort baue man neben dem Regierung
gebäude einen Abtritt und da komme der Dreck her. „Hören sie nicht de
Doktor in Nietleben sprechen?" Im März ziemlich plötzliche Beruhigung
arbeitet auf eigenen Wunsch im Garten mit. Leugnet Sinnestäuschungen
„es kam plötzlich über mich, da mußte ich schreien". Am 16. Apr
1894 geheilt entlassen. Diagnose: Akuter halluzinatorischer Wahnsinn

Nimmt seinen Dienst wieder auf, ist als fleißiger intelligenter un
nüchterner Arbeiter sehr beliebt. Juni 1895 Reise nach Holland. Alkohol
exzesse. Brütet jetzt viel vor sich hin, vergreift sich an seinen Gä
schwistern, besprengt seine Kleider und Wäschestücke untergeheim
nisvollem Lachen mit Wasser. Dem Physikus gegenüber verschlossen
wie sonst. Einverstanden mit Anstaltsbehandlung, hat Sorgen wegen d
Stellung, erkundigt sich nach der voraussichtlichen Dauer der Krankhei
schreibt selbst sein Urlaubsgesuch für sechs Wochen. 17. Juni 1895 Au
nahme in Osnabrück. Wieder völlig orientiert, hat ein ausgezeich
netes Gedächtnis für alle Details seiner Vergangenheit, läßt sich
anstandslos fixieren. Die Sätze, die er ab und zu ausstößt, entspreche
äußerlich durchaus Antworten auf Sinnestäuschungen. „Wie d
Kerl heißt, ich weiß es nicht." „Jawohl, sie wohnt Nr. 51." „Das geht mi
gar nichts an, scheren Sie sich zum Deubel." Stimmung im allgemein
leidlich. Zeitweise abwesender, bleibt oft plötzlich im Garten stehen, gre
einmal beim Essen in die Suppenschüssel und schmiert umher. Eine Ze
lang sehr verstört, verschlossen und unordentlich in seinem Äußern. Ste
wieder die Sinnestäuschungen energisch in Abrede. 14. Oktober 1895 gehe
entlassen. Diagnose: Akute halluzinatorische Verwirrtheit.

Arbeitet wieder zur allgemeinen Zufriedenheit. Im Sommer 1896 Aufen
halt im Seebade, daselbst alkoholistische Extravaganzen. Nach d
Rückkehr in sich versunken, starrt im Bureau gespannt nach der Wan
Benimmt sich auf dem Jahrmarkte sehr ausgelassen. Dem Physikus gege
über ausweichend, beantwortet alle Fragen mit Lachen, wird gegen sei
Angehörigen gewalttätig. Physikatsdiagnose: Halluzinatorische Verrück
heit. Geht 23. September 1896 freiwillig mit seinem Bruder nach Osnabrü

Ist hier meist verdrießlich, fühlt sich selbst krank. Lacht wied
häufig unmotiviert. Schreibt an seine Mutter, sie möge zu Hause sein
Bücher hüten, damit nicht Unberufene sein geistiges Eigentu
verarbeiteten. Sieht den Arzt in der Unterhaltung oft mit starrem G
sichtsausdrucke an. Schimpft viel in die Luft hinein: „Wie ist denn das
Duisburg am Rhein? . . . . Halten Sie doch selber Ihren Rand." Streit
Sinnestäuschungen ab, es sei zwangmäßig über ihn gekommen, ohne d

zed by Google

verstehe, warum er schimpfen müsse. Am 2. Januar 1897 geheilt entsen.

Wird jetzt Privatsekretär beim Landrat Grafen v. W. Führt sich tadelt fällt nicht weiter auf. Mitte April 1898 brütet er ohne jede äußere ranlassung herum, prustet, lacht, weint und pfeift vor sich hin. Zuckt ufig zusammen. Schlingt alles vom Tische herunter, was ihm vorgesetzt rd, einerlei, ob es zu genießen ist oder nicht.

Am 20. April 1898 Aufnahme in Osnabrück. Zeigt hier ganz das alte ld. starrt unstet ins Leere, trägt eine bald gehobene, bald gedrückte immung zur Schau. Antwortet erst nach langem Überlegen, aber mer vollkommen zutreffend. Gedächtnis tadellos intakt. Patient hat ankheitseinsicht, hofft, daß es diesmal schneller gehen werde. Spricht und ht in der alten Weise vor sich hin, bleibt längere Zeit befangen, macht nen vollkommen abwesenden Eindruck, ist aber immer ohne de Mühe sofort zu fixieren. Redet nie spontan, meidet die dern Kranken, grimassiert viel. Läßt sich einmal im Garten bis auf Haut naß regnen. Holt später den erigierten Penis heraus und zeigt ihn n Umstehenden. Schreibt zwischendurch einen vollkommen klaren ef an seine Mutter, aus dem hervorgeht, daß er alles richtig auffaßt und l Interesse an seiner Umgebung hat.

Ende Juni schnell einsetzende Beruhigung. Die Sache fange damit an, ß er zitterig und aufgeregt werde und wegen dieser Nervosität nicht hr arbeiten könne. Dann glaube er sich verfolgt. Hat Erinnerung für Einzelheiten der letzten Krankheitsphase, auch auf ihren Höhepunkt.

Am 3. Juli 1898 als geheilt entlassen. Diagnose: Akute Verrtheit.

Wieder als Privatsekretär tätig, führt sich so gut, daß er Rentmeister rden soll. Mitte Oktober alkoholistischer Exzeß gelegentlich der chzeit seines Bruders. Gibt wieder nur die knappsten und kürzesten Antrten, ist still und verschlossen, macht häufig abortive Sprechwegungen. Geht spontan zum Physikus und läßt sich sein Aufnahmeest schreiben: wenn er jetzt nicht in die Anstalt gehe, werde der Anfall länger dauern.

Bei der Aufnahme in Osnabrück (7. November 1900) reißt er die Augen it auf, ignoriert die Begrüßung. Gibt zutreffende Antworten, klagt über nere Angst. Verkriecht sich gerne unter der Decke, kehrt dem Arzte ak den Rücken zu. Beruhigt sich bald. Für die erste Erkrankung bt er Sinnestäuschungen zu, für die späteren Phasen nicht. Er habe mer so handeln müssen.

Am 27. März 1901 geheilt entlassen. Diagnose: rezidivierende Verrtheit.

Kommt am 15. April 1902 freiwillig zur Anstalt: es sei seit ein paar Tagen eder losgegangen. Gesicht stark gerötet. Lacht und grinst, beobachtet äußeren Verkehrsformen in übertriebener Weise. Vollkommen orientiert.

Bleibt im großen und ganzen ruhiger als sonst, drängt ab und zu heraus, sieht aber immer selbst ein, daß es besser sei, wenn er noch länger bleibe. Am 9. Juni 1902 geheilt entlassen.

Rückt zum Rentmeister auf. Der Graf bezeichnet ihn in einem Briefe als tüchtigen Beamten und ihm sehr sympathischen Menschen. Mehrere Male fragt er an, welches die Ursachen der Erkrankung Trs. seien und was man tun könne, um sie hintanzuhalten. Er habe ein großes Interesse daran ihn dauernd an sich zu fesseln. Mitte Oktober 1902 ist Tr. wieder verschlossen und gehemmt, kann die Sachen, die er selbst täglich gebraucht und bei sich trägt, nicht wiederfinden, wirft seiner Umgebung vor, sie habe ihn bestohlen und bedroht sie, zerstört vor Wut alles, was er erreichen kann.

Auf dem Transporte zur Anstalt (22. Oktober 1902) reißt er sich in L. von seinen Begleitern los, stürzt auf den Bahnhof und reist allein zur Anstalt. Kommt hier in sehr verstörtem Zustande mit kongestioniertem Gesicht an, flieht über den Korridor in die Wachstation. Bleibt später mit aufgerissenen Augen im Bett liegen. Grimassiert in der Folgezeit viel, zeigt sonst nichts Besonderes, hat dauernd völlige Krankheitseinsicht. Am 5. Januar 1903 entlassen.

Nach der Entlassung erregter als sonst und offenbar nicht ganz normal.

Wird nach 14 Tagen (28. Januar 1903) wieder der Anstalt zugeführt. Mußte vom Grafen persönlich zum Bahnhof gebracht werden, versuchte mehrere Male aus dem Zuge zu springen, wurde besonders erregt, wenn er die Mützen der Stationsvorsteher sah. In der Anstalt ruhig, gibt zu, nicht ganz richtig gewesen zu sein. Ist im großen und ganzen gleichmäßiger und ruhiger als sonst, dagegen spricht er äußerst gehässig über seinen Grafen, obgleich dieser fortgesetzt sehr große Stücke auf ihn gehalten, ihm trotz aller Erkrankungen immer wieder seine Stelle reserviert hatte und auch sonst in jeder Weise entgegengekommen war. In einem formell durchaus richtig gehaltenen Briefe schreibt er dem Grafen am 7. Februar 1903 u. a.

„. . . . . Nachdem meine Person im L. Anzeigeblatt in die Öffentlichkeit gezogen ist: — der fragliche Artikel kann nach meiner Vermutung nur von O. V. oder G. B. verfaßt sein — kann ich mich nicht dazu verstehen, sofort meinen Aufenthaltsort zu verlegen. Ich bin mir nicht bewußt etwas Ehrenrühriges begangen zu haben und bin anderseits durchaus nicht gewillt, vor dem Anhange der Familie B. ängstlich zu weichen. Da B. es nicht hat unterlassen können, in recht schmutziger Weise s. Z. Dinge in die Öffentlichkeit zu ziehen, in dem er Tatsachen verdrehte und Dinge erlog, so bin ich es meiner Person schuldig, daß mir Genugtuung wird. Ich habe während meiner Tätigkeit derartige Angriffe von ihm erfahren, daß ich nicht gewillt bin, ohne weiteres das Feld zu räumen . . . .“ Zum Schlusse verlangt er seine Entlassung und die Auszahlung seines Gehaltes an ihn persönlich in der Anstalt.

Gleichzeitig schreibt er an seine Mutter u. a.: „. . . Ich bitte Dich, ja nicht

Digitized by Google

Versuch zu machen, noch irgend etwas in E. für mich zu erreichen. Mir ist Leben so vergällt worden, daß ich nicht im Traume gedenke, mich dem B.er Schweinestall irgendwie zu befassen. Ich weiß sicher, daß mich bemüht habe, jedem gerecht zu werden und als Dank sind mir der einen Seite Knüppel zwischen die Beine geworfen, von ier Herrschaft bin ich unverdienter Weise behandelt worden. . . . . Ich durchaus nicht die Absicht, mich zwingen zu lassen, einen Haushalt er zu führen. . . . Nehmt Euch vor D. in Acht, der ist nicht sauber wird wohl bald mit seinen Marineoffiziersmanieren seine Koffer packen en. . . . Der Graf schien Gewicht darauf zu legen, mich möglichst von seinem Affentheater verschwinden zu lassen."

In der Exploration spricht er sich nach kurzem Zögern ausgiebig in lich gespannter Weise aus. Der Graf habe in der letzten Zeit nur noch isch mit ihm gesprochen. Gleich nach seiner letzten Rückkehr habe m in sehr rigoroser Weise gekündigt, und ein unangenehmer Briefwechsel, sich angeschlossen habe, sei daran schuld, daß er in die Anstalt ommen sei, obgleich er diesmal gar keine Anstaltsbehandlung nötig ht habe. Sein Vorgänger, der die Seele der ganzen gegen ihn geteten Intrigue sei, habe einen Artikel über Pastor Weller e Zeitungen gesetzt, mit dem er, Patient, in Wirklichkeit gemeint gewesen und in dem man ihm die ehrenrührigsten Dinge gesagt habe. ei deshalb, um einen Beleidigungsprozeß anzustrengen, zu einem beideten Anwalte gegangen, der ihm aber davon abgeraten habe. Bittet, Brief an den Grafen einschreiben zu lassen, da die Füchse chlosse ihn sonst verschwinden lassen würden. Kommt später diesen Ideen nicht mehr heraus, sucht sie zu beschönigen und zu ver-en. Ruhig und geordnet. Am 12. März 1903 geheilt entlassen.

Die Entlassung aus dem gräflichen Dienste vollzieht sich glatt und Schwierigkeiten. Tr. bleibt bei seiner Mutter im Geschäft. In der schenzeit spricht er sich durchaus anerkennend über den fen aus. Gelegentlich eines zufälligen Zusammentreffens in A. konnte estellt werden, daß er sich in Stimmung und allgemeinem Verhalten aus von seinem Auftreten in der Anstalt unterschied (auch zur Zeit der enden Heilung): er war frei, zutraulich, hatte nichts Zurückhaltendes einem Wesen, machte einen frischen und behäbigen Eindruck, war ügt in seiner Stimmung und elastisch und gewandt in seiner Aus-sweise.

Am 10. April 1904 reist er ohne alle Präliminarien von Hause ab, logiert r Nacht noch in einem Gasthof in Osnabrück, um die kostbare Nacht-der Ärzte nicht zu stören und läßt sich am andern Morgen in die An-aufnehmen. Ist wieder ziemlich ruhig und geordnet, lacht nur viel, assiert etwas.

Jetzt sei es nicht so schlimm, wie bei den vorigen Aufnahmen, viel-t komme die Hauptsache noch nach. Gegen Mitte April schnell ein-

setzende Änderung, stürzt, als er aus dem Garten an der Wachabteilung vorbeikommt, dort hinein und legt sich in das erste, beste Bett in dem er sich für mehrere Wochen selbst Bettruhe verordnet. In dem ver schlossenen Zustand bleibt er bis Mitte August. Schreibt jetzt in einer durchaus geordneten Briefe an seinen Leibburschen u. a.: „Meine Erlebniss in L. bezw. in E. wirst Du wohl im A. H.boten gelesen haben. Wenn Her Graf W. schrieb, in L. gingen die unkontrolierbarsten Gerüchte um so wird er wohl gewußt haben, warum er das schrieb. Ich weiß nicht, ob Du die durch sämtliche Blätter Deutschlands gehenden Inserat vom Institute of Science gelesen hast, der Verfasser unterzeich net sich mit Pastor Weller. Man liest ja so sehr viel, denn ge druckt und geschrieben wird ja mehr wie genug. Wenn man all den Schwindel verdauen wollte, müßte man sich einen echt ostfriesischen Magen anschaffen und den habe ich bis zum heutigen Tage noch nicht . . . Meine Erfahrungen auf femininem Gebiete in L. waren insofern bedauerlich genug als sie meine Entlassung zur Folge hatten. Mein Nachfolger mag sehen, wie er mit dem Augiasstalle fertig wird . . . . Ich habe den Grafen mehr in der Gewalt, wie er mich" etc.

Spricht jetzt wieder mehrere Male laut vor sich hin: „tun Sie das doch gefällig selbst . . .. . bitte wollen Sie sich nicht der Wollust ergeben?"

In der Exploration gibt er widerstrebend zu, er höre leise Stimmen die über ihn herzögen und auf die er antworten müsse. Versprich wenn er sich wieder ganz frei fühle, nähere Auskunft geben zu wollen, die er bis dahin immer verweigert gehabt hatte; kommt Ende September sponta mit dieser Aussprache heraus.

Den Beginn der Krankheit merke er immer ganz genau, dann fühl er, wie er in seinen Bewegungen bei der Arbeit gestört und ge hindert werde. Später habe er dann immer das Gefühl, als stände e unter dem Einflusse fremder Gewalten, die ihm seine ganze Willens kraft fortnähmen, ihn dirigierten, seine Bewegungen leiteten, mit ihr machten, was sie wollten und ihm feindlich gesinnt seien. All der Unsinn den er mache, müsse auf ihre Rechnung gesetzt werden. Auch seine Ausrufe un sein Lachen würden durch diese fremde Gewalten verursacht, ohne daß e sich das wirklich dächte, was er ausrufen müsse. Wie er sich diese Mächte vorstellen solle, wisse er nicht, sie schwebten ihm vor, nach un während der Krankheit als Personen vor, ohne daß er jemand bestimm im Auge habe und ohne daß er sich über die Art des Zwanges irgend ei Bild machen könne. Vielleicht spräche er diese Gewalten an, wen er vor sich hinrufe, jedenfalls höre er keine bestimmten Stimmen es seien nur gewisse Gefühle, aus denen seine Rufe hervorgingen. Er hab versucht, diese Gefühle zu überwinden, aber das ginge wohl eine Zeit lang, auf die Dauer aber nicht. Dabei fühle er sich außerordentlich un behaglich und sehne sich danach, daß der Zwang vorbeigehe. Wen er die vorgeschriebenen Worte und Handlungen erledigt habe, fühle er sich

Digitized by Google

olut nicht erleichtert. Auch nach seiner Entlassung dauere es immer
ge Zeit, bis alles vorbei sei. Er wisse zu jeder Zeit, daß er krank
sei auch immer genau orientiert. In der Anstalt fühle er sich so-
ruhiger und sicherer, schon deshalb, weil er wisse, daß die fremden Ge-
en kein Unheil mit ihm anrichten könnten. Im Bette fühle er sich
besten und jenen feindlichen Gewalten weniger unterworfen. Bei seiner
ten Erkrankung sei er viel schwerer krank gewesen, er wisse
t genau, was damals passiert sei, während er für die späteren Phasen
eine tadellose Erinnerung bewahrt habe. Die späteren Anfälle seien
er vollkommen gleich gewesen. Der Übergang zur Gesundheit sei
r unangenehm und qualvoll für ihn.

In der Zeit zwischen den Anfällen fühle er sich wohl und zufrieden,
me mit seiner Umgebung gut aus und habe über keinen Menschen zu
en. Stellt für diese Zeit Eigenbeziehungen, Beeinträchtigungs-
ühl, Zwangsideen, Zwangshandlungen, Stimmungsanomalien
strikte in Abrede. Die Äußerungen in dem Briefe erklärt er in ge-
dener, umständlicher und unverkennbar ausweichender Weise.

Hält daran fest, er sei aus seiner Stellung herausgedrängt worden.
Graf sei nicht gut gegen ihn gewesen und habe ihm direkt Un-
ehrlichkeit vorgeworfen, habe ihm seit seiner letzten Entlassung absichtlich
viel Arbeit gegeben, damit er recht bald wieder krank werde; sein
Nachfolger, der ihn damals vertreten habe, habe ihm absichtlich so viel
Zeit aufgespart, damit er bald zusammenbreche und ihm selbst Platz mache.
Seele der ganzen Clique sei die Gräfin gewesen, mit der er sich
t habe stellen können, auch mehrere andere Weiber hätten dabei
Hand im Spiele gehabt.

26. September 1904 gebessert entlassen. Ist offenbar mit seiner Krank-
noch nicht ganz fertig, bleibt einige Wochen im Krankenhause zu A.

Am 11. Dezember 1904 schreibt er (auf Anfrage) einen ausführlichen,
dneten und von krankhaften Ideen vollständig freien Brief, in dem er sich
sein Verhältnis zum Grafen durchaus sachgemäß ausspricht und seiner
Dankbarkeit und Anerkennung gedenkt.

Er betont nochmals, daß, wenn die Krankheit losgehe, er zitterig,
gelähmt sei, und seine Bewegungen wie unter einem fremden Einflusse
ühre. Es sei ihm so, als ob seine Glieder bewegt würden, ohne
er die Gefühle in den Muskeln oder der Haut genau charakterisieren könne
ohne daß dieser Zustand dem Elektrisiertwerden ähnele, auch sei das
ihl nicht schmerzhaft. Im Kopfe fühle er sich nicht benommen, habe
e Kopfschmerzen, kein Ohrensausen, kein Flimmern vor den Augen, der
f werde ihm nicht warm, er werde nicht rot im Gesicht. „Wenn ich
Krankheit bekomme und wenn ich sie wieder loswerde, habe
das Gefühl, als wenn Teile meines Gehirns in eine andere
te gerückt würden. (Spontanangabe.)

Nachzutragen ist noch, daß Tr. fast immer bei seinen Anfällen hoch-

gradigen Gewichtsschwankungen ausgesetzt war; bis zum Abklingen der krankhaften Erscheinungen hatte er u. a. einmal einen Gewichtsverlust von 25, einmal von 24 und ein anderes Mal von 14 Pfund zu verzeichnen.

In differential-diagnostischer Beziehung bietet der Fall unleugbar gewisse Schwierigkeiten.

Daß er, wie man ihn auch sonst auffassen mag, eine ausgeprägte Periodizität zeigt, bedarf wohl keiner längeren Darlegung. Ohne daß irgend welche epileptische oder hysterische Antezedenzien vorliegen, setzt in ziemlich regelmäßiger Wiederkehr in verhältnismäßig kurzen Zeiträumen ein durch sein akutes Auftreten gekennzeichnetes Krankheitsbild ein, das stets nach Ablauf ungefähr derselben Zeit wieder in völlige Gesundheit ausklingt. Die Tatsache, daß sich der Anfall innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Jahren elfmal ohne äußere Veranlassung wiederholt hat und daß die Pausen im allgemeinen nicht allzulang sind, läßt die Annahme, daß es sich um eine rezidivierende Form von Geistesstörung handelt, mit völliger Sicherheit zurückweisen. Dabei ist bei den einzelnen Anfällen die Wiederkehr der Krankheitserscheinungen in der vollkommenen Regelmäßigkeit aller Einzelheiten so konstant, daß man dem äußeren Verhalten und dem Verlaufe die photographische Ähnlichkeit nicht absprechen kann, auch ohne daß man dabei die Einschränkung *Mendels*,[1]) daß diese Ähnlichkeit immer nur cum grano salis zu verstehen sei, allzusehr auszunutzen braucht.

Es fragt sich nur, unter welche der periodischen Psychosen unser Fall am sinngemäßesten eingereiht wird, vorausgesetzt natürlich, daß man überhaupt der periodischen Psychosen eine Sonderexistenzberechtigung zugesteht. An periodische Manie kann man ja denken, wenn man sieht, wie er gelegentlich lacht, schreit, singt, quakt, tanzt, wenn er seine zusammenhanglosen Sätze herausstößt, andere Kranke nachäfft und sonstige kindische Streiche vollführt. Aber von einer gehobenen Stimmung, wie sie die Manie verklärt, kann man mit dem besten Willen bei ihm nie sprechen. Dabei fehlen alle Symptome einer Erregung auf dem Gebiete der

[1]) *Mendel*, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1888. B. 44. S. 518.

Digitized by Google

Psychomotilität: von Ideenflucht, von springendem Gedankengange, von gesteigerter Ablenkbarkeit, von Bewegungsdrang usw. waren wie auch nur die leisesten Spuren zu entdecken. Dabei hat das Lachen stets einen forcierten und gequälten Charakter, und wenn man bedenkt, wie es zustande kommt, so wird man es ebensowenig wie die übrigen Handlungen als den Ausfluß gehobenen Selbstgefühls und manischer Denkart auffassen dürfen.

Ebensowenig aber kommt dem Krankheitsbilde das Gepräge der Melancholie zu. Eine gewisse gedrückte Stimmung ließ sich zwar manchmal bei ihm nicht verkennen, er war still und in sich versunken, wortkarg entzog er sich allen Spontanäußerungen und war zufrieden, wenn er ruhig im Bette liegen konnte. Aber diese Stimmung hat bei dem, was in seinem Inneren vorgeht, nichts Auffallendes und Unmotiviertes an sich. Zeitweise ist sie überhaupt kaum zu bemerken, mit Lebensüberdruß oder Selbstmordneigung geht sie nie einher, und Selbstvorwürfe oder Selbstanklagen werden nie beobachtet. Auf der Höhe der Krankheit imponiert zeitweise nach außen hin eine gewisse Hemmung, die während der ersten Krankheitsphase, als die Halluzinationen sich häufen, den Charakter des Stupors annimmt. Geht man aber bei einer Unterhaltung mit ihm der Sache auf den Grund, so läßt sich jedesmal feststellen, daß es sich um eine Pseudohemmung handelt und daß in Wirklichkeit keine wesentliche Verlangsamung des Gedankenablaufes nachzuweisen ist. Dabei steht das Verhalten wieder durchaus im Einklange mit den Wahnideen, die ihn beherrschen.

Bei dem Fehlen aller primären Stimmungsanomalien und dem Mangel an ausgeprägten assoziativen Störungen wäre es mehr als gezwungen, wenn man die Krankheit in das Gewand der Stimmungspsychosen einzwängen wollte.

Eher kann schon der Fall der periodischen Amentia zugerechnet werden, und in der Tat ist er wiederholt unter dieser Flagge gesegelt. Diese Rubrizierung erscheint auch durchaus erklärlich, wenn wir uns von dem äußeren Verhalten des Kranken bestimmen lassen, ein Modus, zu dem man durch die außerordentliche Verschlossenheit des Kranken, die lange Zeit den Schlüssel zu seinem Wesen nicht gab, genötigt war. Man mußte

zu dieser Annahme kommen, wenn man ihn auf der Höhe d Anfalls zu Gesicht bekam, in dem er von zahllosen Sinne täuschungen befangen erschien, äußerlich einen sehr verwirrt Eindruck machte, entweder eine sehr wenig ausgeprägte oder ras wechselnde Stimmungslage darbot, ohne dabei assoziative Störung zutage zu fördern.

In seinem äußeren Verhalten wich er zeitweise entschied von den bis jetzt beobachteten Fällen von periodischer Paranoi ab, die in der großen Mehrzahl einen geordneten Eindruck machte und sich durch ihre Wahnideen und Sinnestäuschungen in ihre Verhalten zur Außenwelt verhältnismäßig wenig beeinflussen ließe Trotzdem läßt sich das Krankheitsbild meiner Ansicht nach a sinngemäßesten und zwanglosesten unter der Diagnose d periodischen Paranoia unterbringen. Zunächst wird von säm lichen Beobachtern, die den Kranken kennen lernten, betont, da er stets mit leichter Mühe zu fixieren war, daß er sic dann immer wohl orientiert über Ort, Zeit und Vergangenhe zeigte und sich jederzeit mühelos von den fremden Einflüsse die auf ihn einwirkten, freizumachen wußte. Nach abgelaufene Krankheit stand ihm immer eine lückenlose Erinnerung fü alles Durchlebte zu Gebote. Wenn das wohl schon zur Genüg beweist, daß sein Sensorium kaum mehr getrübt war, als es be der Art der krankhaften Ideen, die ihn beherrschten, eigentlic selbstverständlich ist, so kann man wohl schwer leugnen, da diese Wahnideen, unter deren zwingendem Einflusse er stand, da Ausschlaggebende im Krankheitsbilde sind, zumal auch die para noische Grundauffassung bei allen möglichen Gelegenheiten un in ganz derselben Weise zutage tritt, wie bei der gewöhnliche echten Paranoia. Hatte er schon in den ersten Anfällen häufi die verschiedensten Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen ge zeigt, so entwickelt sich in den späteren Attacken, als er endlic einmal aus sich herauskommt, eine so ausgeprägte Systemati sierung, das Wahnsystem baut sich derart aus, daß man, wen man die Entwicklung und das Vorhandensein der freien Inter valle nicht gekannt hätte, ihm wohl anstandslos die chronisch Paranoia zuerkannt haben würde. Dem entspricht auch da äußere Verhalten: leicht gespannt, verdrießlich in sich selbst ver-

Digitized by Google

nken, brütet er vor sich hin, zieht sich von seiner Umgebung rück und hängt seinen Gedanken nach.

Ob die Sinnestäuschungen bei ihm eine solche Rolle ielen, wie man das nach seinem äußeren Verhalten annehmen llte, mag dahingestellt bleiben. Er selbst hat die Halluzinationen lten und widerwillig eingeräumt, während er späteren Nachgen über dies Symptom eine mimosenhafte Scheu entgegenchte und nur zögernd und ausweichend nie ausgesprochenes immenhören, sondern meist nur unbestimmte Gefühle kondierte.

Auch der sehr naheliegende Einwand, daß es sich hier um e gewöhnliche chronische Paranoia mit Exacerbationen d dazwischenliegender Dissimulation gehandelt habe, läßt sich hl mit völliger Sicherheit zurückweisen. Dagegen spricht die geprägte Krankheitseinsicht, die er nach Ablauf jeder Phase tte, wenn er auch in der Zeit unmittelbar nach den Anllen eine ganz ausgeprägte Scheu hatte, über seine Krankheit sprechen. Gewiß liegt auch seiner Abneigung, zu einer Zeit er die Sinnestäuschungen zu sprechen, in der er die anderen nkheitserscheinungen restlos zugab, der Gedanke nahe, daß n es mit einem Dissimulanten zu tun habe. Dagegen läßt h aber der ganz enorme Unterschied ins Feld führen, den er seinem ganzen Wesen in der gesunden Zeit gegenüber der nken darbot. Auf der Höhe der guten Zeit sprach er sich befangener über die ganze Sache aus, suchte nichts zu benigen und zu vertuschen, war frei und offen in seinem ganzen sen, äußerte keinen Verdacht gegen seine Umgebung, wies ne Eigentümlichkeiten in Haltung und Lebensführung auf und ß alle sonstigen psychopathologischen Symptome vermissen. n dem eigentümlich verlegenen, vorsichtigen, ausweichenden sen eines Dissimulanten war nichts zu bemerken.

Es gehört heutzutage ein gewisser Mut dazu, die Diagnose r periodischen Paranoia aufrecht zu erhalten. Schon im Jahre

[1]) Diskussion über den Vortrag *Mendels*: „Über periodische Formen der schosen im psych. Vereine zu Berlin. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1888. 44 S. 660.

1888, als *Mendel* im psychiatrischen Verein zu Berlin das Kindlein zur Welt brachte, waren unter den Feen, die die Wiege umdrängten, einige, die es durch die Brille der bei solchen Ereignissen durchaus angebrachten Kritik anschauten: *Moeli* wies auf eine eventuelle Verwechslung mit der *Westphal*schen Paranoia in Schüben hin, bei der auch die Intervalle ganz frei seien. *Jastrowitz* hielt das Krankheitsbild für etwas ganz gewöhnliches, verlangte als vornehmliches Kriterium den Übergang in die chronische Form und meinte, es liege eine Verwechslung mit dem periodischen halluzinatorischen Delirium vor. Seitdem ist das Krankheitsbild nie ganz den Anfechtungen der Kritik entgangen.

Am schonungslosesten aber wird seine Existenzberechtigung im neuesten Lehrbuche von *Kraepelin*[1]) in Frage gestellt. Während er beim Kapitel des manisch-depressiven Irreseins auf die Schwierigkeiten hinweist, die für die Fälle mit ausgeprägten Wahnbildungen entständen, die auch wohl als periodische Paranoia bezeichnet würden, berichtet er bei der Verrücktheit (Paranoia), daß man ganz harmlos von einer periodischen Paranoia gesprochen habe. Bei der Stellung, die *Kraepelin* zu den periodischen Psychosen einerseits und der Paranoia andererseits nimmt, ist es ganz klar, daß die periodische Paranoia bei ihm am meisten ins Gedränge kommen mußte, und wenn er sich ihr gegenüber auf einen so ablehnenden Standpunkt stellt, so handelt er durchaus folgerichtig. Auf der anderen Seite kann er den Gegnern seiner Lehre, die sich nicht bedingungslos der *Kraepelin*schen Klassifizierung anzuschließen vermögen, nicht übel nehmen, wenn sie sich nicht ohne weiteres dieses Krankheitsbild rauben lassen mögen sie auch zugestehen, daß der zusammenfassende Begriff des manisch-depressiven Irreseins vieles für sich hat. Denn man wird nicht leugnen können, daß die Paranoia periodica, wenn sie ganz im Strudel des manisch-depressiven Irreseins untergeht, vollkommen das einbüßt, was sie charakterisiert.

Wenn ich wenigstens die Wahl habe, ob ich das Krankheitsbild unter jenem Titel führen soll, obgleich weder die manischen Symptome irgend eine ausschlaggebende Rolle dabei spielen

[1]) *Kraepelin*, Psychiatrie. Leipzig 1904.

Digitized by Google

ch die Depression das Kennzeichnende erschöpft, während das ahnhafte, das dem ganzen Anfalle sein Gepräge verleiht, in iner Weise in der Benennung zum Ausdruck gelangt, oder ob ı mich mit dem Ausdrucke Paranoia periodica begnügen soll, r in zwei Worten den ganzen Symptomenkomplex vor Augen ılt. die Prognose und den Verlauf angibt und damit die Bendlung und das Verhalten in der Zwischenzeit regelt, — dann ube ich, daß man auch den Vorwurf der Harmlosigkeit trotz s etwas unangenehmen Beigeschmackes gerne mit in den Kauf mmt.

Auch *Pilcz*[1]) meint, daß die Benennung „periodische Paraia" gewiß anfechtbar sei, glaubt aber, daß gegen die Bezeichng nichts weiter einzuwenden sei, wenn man sich dessen nur wußt bleibe, daß die Krankheit, die durch das Beiwort Periodisch ügend gekennzeichnet sei, mit der echten Paranoia nichts anderes mein habe als das wesentliche Symptom der primären Wahnldung. Durch die Aufstellung des manisch-depressiven Irreins habe *Kraepelin* die Abgabe einer Prognose recht illusorisch macht. Wenn *Pilcz* dabei von rein praktischen Gesichtspunkten geht, kann man ihm nur recht geben; wie weit das Symptom r Periodizität praktisch in die Gestaltung des ganzen Lebens einragt, beweist der vorliegende Fall wieder sehr drastisch.

Bleuler[2]), der sich im übrigen vollkommen der Darstellung *Kraepelins* anschließt, weist darauf hin, daß dieser es unterlassen habe, ausdrücklich zu betonen, daß auch Wahnsinnsformen hier vorkämen, obgleich er solche Fälle gesehen haben isse. Der Name „manisch-depressives Irresein" scheine Anle ohne primäre Gefühlsstörung geradezu auszuschließen. bringt dann eine Reihe von Fällen bei, die dartun sollen, daß r „periodische Wahnsinn" eine Untergruppe des manisch-pressiven Irreseins bilde, daß die Kenntnis dieser Formen vor r Annahme heilbarer chronischer Paranoia schütze und in nchen einzelnen Fällen eine richtige Prognose erlaube, die sonst

[1]) *Pilcz*, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901. S. 199.

[2]) *Bleuler*, Über periodischen Wahnsinn. Psychiatrisch-Neurologische chenschrift 1902. B. 4 S. 121.

nicht gestellt werden könne. Dabei beruft er sich auch auf die früher beschriebenen Fälle von periodischer Paranoia.

Bleuler hat meines Erachtens die Grenzen dieser Unterform periodischen Irreseins sehr weit gezogen, viel weiter als *Mendel* es bei der Aufstellung der periodischen Paranoia gewollt hat. Eine ganze Anzahl seiner Fälle rangieren sicherlich nicht unter die *Mendel*sche periodische Paranoia und haben andererseits so innige Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein, daß sie auch dort ohne Zuhülfenahme des neuen Krankheitsbegriffes untergebracht werden könnten. *Bleuler* betont selbst, daß, wenn die Gruppe des manisch-depressiven oder periodischen Irreseins wieder um eins vermehrt werde, der Name nun nicht gut zu allen Fällen passe. Die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein wird nach ihm bewiesen durch den dieser Krankheit eigentümlichen Verlauf, den Mangel an Intelligenzstörung in den Intermissionen, die Mischung mit manisch-depressiven Symptomen, die Verbindung von manischen respektive depressiven Anfällen mit den vesanischen beim gleichen Kranken und wohl auch durch die gleichartige Heredität. Im übrigen geht die praktische Bedeutung dieser Fälle aus seinen Darlegungen schlagend hervor und gerade die Verwechslungen, die nach ihm selbst Fachleuten bei dieser periodischen Form mit der chronischen Paranoia passiert sind, beweisen sicherlich, daß der Unterschied zwischen den beiden Formen nicht so himmelweit sein kann.

Kraepelin[1]) vertritt den Standpunkt, daß die Symptome des manisch-depressiven Irreseins in der Regel als Begleiterscheinungen dartäten, daß die anscheinend so „paranoischen" Wahnbildungen eine ganz andere Bedeutung hätten; allerdings seien sie bisweilen nur bei sehr aufmerksamer Beobachtung zu erkennen. Aber auch er gibt zu, daß ihm einzelne derartige Fälle aufgestoßen seien, die möglicherweise nicht dem manisch-depressiven Irresein aber auch ganz gewiß nicht der Paranoia angehörten. Die Fälle, die *Kraepelin* beschreibt und deren Deutung und Ausgang ihm zweifelhaft geworden ist, scheinen sich mir übrigens, soweit sich

[1]) *Kraepelin:* Psychiatrie. S. 584.

Digitized by Google

das bei der kurzen Skizzierung des Lehrbuches erkennen läßt, nicht mit den *Mendel*schen Fällen zu decken.

Vielleicht ließe sich ja noch der Symptomenkomplex unter den Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins nach *Weygandt*[1]) unterbringen. Dieser nimmt an, daß es zweifellos Fälle von manischem Stupor gewesen seien, die für manche Autoren mit die Veranlassung zur Aufstellung der periodischen Paranoia gewesen seien. Bei Benutzung der Definition der chronischen Paranoia nach *Kraepelin* könne von der Gefahr einer Verwechselung mit den manisch-stuporösen Fällen, in denen nur ganz vorübergehend ein paar wahnhafte Äußerungen zur Beobachtung kämen, wohl nicht ernstlich die Rede sein.

Darin kann man *Weygandt* nur recht geben. Gerade wenn man das Krankheitsbild so auffaßt, wie es *Mendel* getan hat, wird man nicht daran denken, von einer periodischen Paranoia zu sprechen, nur weil vereinzelte Wahnideen geäußert werden. Als Gegenbeispiele befanden sich zufällig zufällig in der hiesigen Anstalt zwei Kranke, die nach der alten Nomenklatur zwei typische Fälle von periodischer Manie bezw. zirkulärem Irresein darstellen. Bei beiden treten in den Anfällen immer dieselben Wahnideen auf, die in dem einen Falle auch nicht ganz der Systematisierung entbehren. Aber trotzdem braucht man nicht daran zu denken, sie in den Kreis dieser Psychose hineinzuziehen, eben weil die Stimmungsanomalien und der beschleunigte Vorstellungsablauf so ausgeprägt sind, daß ihre Zugehörigkeit zu den Stimmungspsychosen zweifellos erscheint. In unserem Falle aber treten diese so rudimentär auf, nicht mehr, als die Stimmung in jede Psychose, auch die chronische Paranoia, hineinragt, daß man ihr den unterschiedslosen Anschluß an jene versagen muß und daß es sich von den übrigen unter dem manisch-depressiven Irresein untergebrachten Krankheitsbildern sehr energisch abhebt. Es sind eben sehr wenige Fälle, bei denen diese Schwierigkeit der Unterbringung sich erhebt und bei denen man bei aller Reserve die Verwandtschaft mit der Paranoia zum

[1]) *Weygandt*, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München 1899. S. 29.

Digitized by Google

Ausdruck zu bringen wünscht, auch wenn man sich der Unterschiede von jener immer bewußt bleibt.

Wohl mit Recht bezeichnet *Pilcz* sie als die seltenste Form der periodischen Psychosen.[1])

Wie bei den meisten anderen Fällen, die in diese Klasse rangieren, ist der Anstieg zur Krankheit ziemlich jäh, während die Lösung der einzelnen Anfälle sich erheblich langsamer vollzieht.[2]) Die Krankheit setzt wie gewöhnlich im Jünglingsalter ein. Regelmäßig wird eine beträchtliche Gewichtsabnahme beobachtet, die manchmal ganz exzessive Grade erreicht.

Eigenartig ist in unserem Falle zunächst die Krankheitseinsicht oder vielleicht, genauer gesagt, das Krankheitsgefühl, das ihn auch auf der Höhe des Anfalles nie ganz verläßt. Er gibt nicht nur zu, krank zu sein und bringt das stets in seinen Briefen an seine Angehörigen zum Ausdrucke, er trägt diesem Gefühle auch praktisch Rechnung, kommt rechtzeitig zur Anstalt und schreibt sein Urlaubsgesuch für eine entsprechend lange Zeit, ohne zu vergessen, was er der Bequemlichkeit der Anstaltsärzte schuldig ist. Bei der Aufnahme flüchtet er in die Wachabteilung, weil er weiß, daß er dort am sichersten aufgehoben ist und daß der Aufenthalt daselbst am besten für seinen Zustand ist. Später verordnet er sich selbst Bettruhe, wenn er fühlt, daß die Schwere der Erscheinungen sich steigert.

Dabei ist es auffallend, daß er, obgleich er sich über die Krankhaftigkeit der Erscheinungen klar ist, obgleich er sich immer

[1]) *Mendel*, l. c. *Ziehen*, Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. B. III. S. 30. *Meschede*, Paranoia periodica. Vortrag, gehalten auf dem 13. internationalen med. Kongreß. Paris 1900. *Hamilton*, Insanity in connection with disease of the ductless glands. Medical Record. 1899. April. S. 593. *Gianelli*, Sulla cosi detta paranoia acuta periodica. *Gianelli*, Rivista speriment. di freniats. 1898. Dez.-Band 24. S. 612. *Kausch*, Ein Beitrag zur Kenntnis der periodischen Paranoia. Arch. f. Psych. B. 24 S. 924. *Bechterew*, Über periodische akute Paranoia simpl. als besondere Form periodischer Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. B. 5. S. 321. *Bleuler*, Über periodischen Wahnsinn. Psychiat. neurol. Wochenschrift 1902. B. 4 S. 121. *Skierlo*, Über periodische Paranoia. Diss. Königsberg 1900.

[2]) *Ziehen*, Psychiatrie 1902. 2. Auflage S. 562.

Digitized by Google

ieder vor Augen stellen kann, wie die früheren Anfälle ver-
ufen sind, doch nur vorübergehend imstande ist, gegen die wahn-
aften Einflüsse anzukämpfen, und daß er, der eben noch zu-
mmenhängend und geordnet sich zu benehmen und zu unter-
alten vermag, in der nächsten Minute, als er sich unbeachtet
aubt, in der sinnlosesten Weise vor sich hin schreit und die
ppischsten Handlungen begeht, immer unter dem Einfluß der
ahnhaften Gewalten.

Besonders bemerkenswert aber ist der Fall inbezug auf die
tiologie. Durch die Arbeiten *Pilczs*[1]) sind wir ja für die
riodischen Psychosen einen nicht unwesentlichen Schritt weiter
kommen. Wie bekannt, macht er darauf aufmerksam, daß man
st in allen Fällen, in denen im Verlaufe der periodischen
ychose früher oder später unverkennbare Zeichen intellektueller
chwächung sich einstellten, ausgeprägte anatomische Ver-
derungen im Gehirne vorfände. Wenn sie in einer indifferenten
gion gelegen seien, brauchten sie auch keine anderweitigen
nisch diagnostizierbaren nervösen Erscheinungen zu machen.
ch Art eines Fremdkörpers übten sie einen dauernden Reiz
f das Zentralnervensystem aus und zwängen das Gehirn, zeit-
lig mit einer Psychose zu reagieren. Pathognostisch in dem
ne, daß man aus dem Gehirnbefunde allein die Diagnose auf
riodisches Irresein mit Ausgang in Schwachsinn stellen könne,
en sie sicherlich nicht und auch der Sitz des cerebralen Herdes
r nichts Charakteristisches. Immer seien es Läsionen, die
n als Narben schlechtweg bezeichnen könne, ausgedehntere
r mikroskopische umschriebene Herde mit Wucherung der
chensubstanz. Die Genese dieser Narben sei verschieden,
Erweichung, bald Blutung, bald Traumen. Deswegen träten
B. auch während der manischen, seltener während der De-
sionsphasen des zirkulären Irreseins gelegentlich hirnkongestive
ände auf, welche oft die Differentialdiagnose gegenüber der
gressiven Paralyse erschweren könnten, vorübergehende Be-

[1]) *Pilcz*, l. c. S. 13 und 185. *Pilcz*: Zur Ätiologie und pathologischen
tomie des periodischen Irreseins. Monatsschrift für Psychiatrie und Neu-
ie B. 8 1900. S. 359.

wußtseinsverluste, leichte Konvulsionen, Sprachstörungen, transitorische Lähmungen usw. *Pilcz* betrachtete derartige Zustände als im Zusammenhang stehend mit jenen zerebralen Affektionen, welche die betreffende periodische Geistesstörung möglicherweise direkt bedingten und erblickte in den ersteren nur Nachschübe eines schon früher aufgetretenen pathologischen Hirnprozesses, als klinisch durch eine neuerliche Lokalisation manifest gewordene zerebrale Läsionen. Deshalb finde man auch so häufig in der Anamnese periodischer Geisteskranken Zustände erwähnt, welche auf ein in der Kindheit durchgemachtes zerebrales Leiden hinwiesen. Dadurch, daß die durch den erworbenen pathologischen Prozeß bedingte Formen periodischen Irreseins sich von den rein hereditär degenerativen Formen durch den mehr oder minder erheblichen Schwachsinn unterschieden und durch die pathologisch anatomische Ursache näherten sie sich sehr den epileptischen Geistesstörungen.

Solche erworbenen Schädlichkeiten könnten auch ein nicht durch ererbte Anlage ab origine invalides Gehirn dauernd derart beeinflussen, daß es in seiner Reaktion auf Nervengifte und überhaupt auf irgend welche Noxen hin und in der Form der psychischen Erkrankung sich wie ein durch erbliche Belastung von Hause aus minderwertiges verhalte.

Ich habe das mir zur Verfügung stehende Material der Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück mit Rücksicht auf die Ätiologie der periodischen Psychosen durchgesehen. Die Revision der Fälle, die nicht persönlich bekannt sind, gibt selbstverständlich zu den unvermeidlichen statistischen Fehlern mehr als genügend Anlaß. Schon die sichere Umschreibung des Krankheitsbegriffes und die Abgrenzung gegen rezidivierende und ähnliche Psychosen verursacht nicht geringe Schwierigkeiten. Dazu kommt der Unterschied, der bei der Erhebung der Anamnese der Bewertung der ätiologischen Faktoren geschenkt wird. Man wird die Zahlen nur als Minima ansehen dürfen.

Im ganzen standen mir 56 Fälle zu Gebote, die unbedenklich den periodischen Psychosen zugerechnet werden dürfen (29 Männer und 27 Frauen). Von den 29 Männern litten 17 an periodischer Manie, 2 an periodischer Melancholie, 8 an zir-

Digitized by Google

kulärem Irresein, 1 an periodischer Amentia und 1 an periodischer Paranoia. Von den 27 Frauen fielen auf periodische Manie 15, auf periodische Melancholie 8, auf das zirkuläre Irresein 3 und auf die periodische Amentia 1.

Hereditäre Belastung ließ sich nachweisen bei den Männern 13mal, bei den Frauen 14mal.

Schädeltraumen figurierten bei Männern 7, bei den Frauen 6mal und zwar handelte es sich fast ausnahmslos um eingreifendere Verletzungen (Fall aus einer Scheunenluke mit nachfolgender langer Bewußtlosigkeit, Fall aus der ersten bezw. zweiten Etage, Fall in einen Brunnen, Sturz von einer Treppe mit vornüberschlagendem Kopfe, Schlag mit einem Hammer auf den Schädel, Fall einer Diele auf den Kopf und mehrere äußerst rohe Mißhandlungen durch den alkoholistischen Ehemann). Es sind alles Einwirkungen, als deren Effekt man sich nicht mit der Annahme einer Commotio cerebri zu begnügen braucht, sondern bei denen man auch objektiv anatomische Veränderungen anzunehmen berechtigt ist. Wir finden bei einem dieser Kranken fast sämtliche der gewöhnlichen Folgeerscheinungen des Kopftraumas, zwei litten an häufig auftretenden heftigen Kopfschmerzen, ein dritter an heftigen Kopfschmerzen und periodisch auftretendem Erbrechen.

In die von *Pilez* neuerdings in den Vordergrund gerückte ätiologische Gruppe können im ganzen fünf Personen gerechnet werden. Außer unserm Kranken, auf den ich noch zurückkomme, hatte einer in der Kindheit eine fieberhafte, mit Bewußtlosigkeit einhergehende Krankheit durchgemacht. Er lernte sehr gut laufen, litt später häufig an Kopfschmerzen und Ohnmachtsanfällen und gelangte in geistiger Beziehung nicht zu besonderer Blüte. Ein zweiter, der in der Jugend an Krämpfen gelitten hatte, machte mit 19 Jahren einen Sturz von der Treppe mit dem Kopfe vornüber auf die linke Stirnseite durch. Darauf vollkommene Aufhebung des Bewußtseins für mehrere Tage, krampfhaftes Zittern der Glieder, Fieber, unregelmäßiger Puls, Bluterguß in die linke Sklera. Später heftige anhaltende Kopfschmerzen, dann periodische Manie bei ziemlich schnell fortschreitender Verblödung. Tod im Alter von 70 Jahren nach 48jähriger Krankheitsdauer. Bei der Sektion ergab sich außer einer diffusen chronischen Pachy- und Lepto-

Digitized by Google

meningitis eine vollkommen zirkumskripte talergroße totale Verwachsung der Hirnhäute am Stirnhirn mit dem Schädel einerseits und dem Gehirn anderseits. Der Fall ist deshalb interessant und spricht für den inneren Zusammenhang zwischen Epilepsie und periodischem Irresein, weil anscheinend die Diathese des Gehirns zu periodischen Entladungen, die in der Jugend sich in Krämpfen Luft gemacht hatte und allmählich eingeschlummert war, durch die Verletzung wieder manifest wurde und sich nun in psychischen Anfällen kundgab.

Der dritte Kranke machte im Alter von 17 Jahren eine fieberhafte mit Bewußtlosigkeit einhergehende Krankheit durch, die mehrere Wochen dauerte. Im Anschlusse daran mehrere Krampfanfälle, später periodisch auftretende heftige Kopfschmerzen, zuletzt periodische Manie. Ein vierter absolvierte in der Jugend eine außerordentlich heftige Rachitis, die eine ausgeprägte tête carrée zurückließ. Der Kranke lernte erst mit 7 Jahren laufen, litt lange an Bettnässen und blieb immer schwach veranlagt. Später Man. period. Ob wir uns erlauben dürfen, mit dieser pathologischen Bildung der Schädelknochen eine Reizung des Cerebrums oder seiner Häute in Verbindung zu bringen, mag dahingestellt bleiben. Der Kranke starb nach 23jähriger Dauer der Krankheit im Alter von 45 Jahren. Die Sektion ergab eine ausgiebige Verwachsung der Dura mit dem Schädel und eine unregelmäßig verteilte Verdickung der Pia.

Bei den letzten Kranken war ein rasch zunehmender geistiger Verfall zu konstatieren.

Was die pathologisch-anatomischen Befunde anbetrifft, so habe ich die 20 zur Sektion gelangten Kranken in folgender Tabelle zusammengestellt. (S. S. 560 561.)

Die großen Nachteile einer solchen nachträglichen Verwertung der Sektionsbefunde liegen auf der Hand. Die Autopsie ist nie mit spezieller Berücksichtigung der in Betracht kommenden Fragen vorgenommen worden, und wie es leider so häufig geht, sind zufällig gerade mehrere Fälle, bei denen noch vielleicht etwas hätte verwertet werden können, ziemlich summarisch abgefunden worden. Den Vorteil hat allerdings die Benutzung alten Materials, daß die Befunde nicht mit den Augen der Liebe ein-

Digitized by Google

seitig gedeutet, tendenziös beschrieben und unnötig aufgebauscht werden.

Ich habe in den Sektionsbefunden nur das in der Tabelle zum Ausdruck gebracht, was für die *Pilez*sche Lehre irgendwie von Belang war.

Und davon muß noch alles das abgezogen werden, was als anatomischer Befund angesehen werden kann, wie er bei Geisteskranken im vorgeschrittenen Alter und nach langjährigem Bestehen der Krankheit keine Seltenheit ist. Ein irgendwie charakteristischer und eindeutiger Befund liegt meines Erachtens kaum vor. Zudem fehlt ausnahmslos der histologische Befund.

Immerhin kann man selbst unter Berücksichtigung aller dieser Einschränkungen vermuten, daß vielleicht die Fälle 3, 7, 11, 13, 14, 20 bei einer genauen Untersuchung Material zu der *Pilez*schen Lehre beigebracht hätten, weitergehende Folgerungen gestattet die Beschaffenheit des Materials wohl kaum.

Der vorliegende Fall dagegen hat als Beitrag zur Lösung dieser Frage einen größeren Wert als die vorigen, obgleich der pathologische Befund bis jetzt noch aussteht. Auch Tr. hat in seiner Jugend eine Gehirnentzündung durchgemacht, die offenbar nicht ohne krankhafte Residuen geblieben ist. Er weist in seinem späteren Leben jedenfalls noch deutliche Symptome einer erhöhten Reizbarkeit des Gehirns auf: Er wurde sehr viel von Kopfschmerzen geplagt, war resistenzlos gegen Alkohol und hohe Temperaturgrade und litt stets an leichtem Händezittern. Er selbst fühlte, daß er in nervöser Beziehung nicht ganz auf der Höhe stand. Manchmal träumte er auffällig lebhaft und fühlte sich am andern Morgen schlecht. Man könnte ja noch daran denken, daß das durch keine sonstigen somatischen Befunde bedingte Erbrechen, das mehrere Male auftrat, in Verbindung mit der zerebralen Erkrankung zu bringen sei, doch erscheint dieser Zusammenhang mehr als fraglich.

Lassen wir diese alte Gehirnentzündung, die bei Tr. die mangelnde Heredität ersetzt haben mag, als Ursache der periodischen Erkrankung gelten, so ist damit natürlich ja noch immer nicht gesagt, warum die Krankheit gerade periodisch sich abspielte, und das ist ja die Achillesferse nicht nur der *Pilez*schen

Digitized by Google

Lauf. Nr.	Name	Diagnose	Alter	Ätiologie
1	Le.	Man. period.	45	nicht bekannt
2	Po.	Zirkul. Irresein	53	Heredität
3	Pr.	Zirkul. Irresein	33	nicht bekannt
4	Wi.	Man. period.	45	nicht bekannt
5	Je.	Zirkul. Irresein	70	Heredität
6	Eck.	Man. period.	40	nicht bekannt
7	Hu.	Zirkul. Irresein	44	nicht bekannt
8	Br.	Man. period.	60	Heredität
9	Kl.	Man. period.	50	In der Jugend sehr schwere Rachitis
10	Mo.	Mel. period.	48	nicht bekannt
11	Bu.	Mel. period.	52	nicht bekannt
12	Pri.	Mel. period.	50	Fall in einen Brunnen
13	Lö.	Man. period.	58	Schlag auf den Kopf. Heredität
14	Ov.	Mel. period.	48	Fall einer Diele auf den Kopf
15	Li.	Mel. period.	62	nicht bekannt
16	Schm.	Man. period.	45	nicht bekannt
17	Mey.	Zirkul. Irresein	55	Heredität
18	Ca.	Man. period.	28	Heredität
19	Di.	Man. period.	47	Heredität
20	Schr.	Man. period.	70	Trauma (Fall von einer Treppe)

Digitized by Google

Körperliche Symptome	Rasch verblödet	Sektionsbefund
—	Nein	Pia mäßig verdickt.
—	Nein	Dura mit Schädel verwachsen. Pia verdickt.
—	Nein	Pia stark getrübt. Dura mit Schädel verwachsen.
—	Ja	Zirkumskripte Pachymeningitis. Pia längs der Venen getrübt.
—	Ja	Dura mit Schädel verwachsen. Pia über dem linken Schädellappen verdickt.
—	Nein	Pia mäßig verdeckt.
—	Ja	Dura vorne mit dem Schädel verwachsen. Pia dort verdickt.
—	Nein	Dura mit Schädel verwachsen.
Tête carrée, lernte spät laufen	Ja	Dura mit Schädel verwachsen. Pia verdickt.
—	Ja	Dura mit Schädel verwachsen.
—	Nein	Streifige Verdickungen der Pia.
ab und zu Erbrechen	Ja	Dura mit Schädel verwachsen. Pia an einzelnen Stellen adhärent.
—	Ja	Große Knochennarbe. Darunter Dura mit Schädel verwachsen.
?or den Anfällen Schmerzen Eingenommenheit d. Kopf.	Ja	Knochennarbe. Dura mit Schädel verwachsen.
—	Nein	
—	Nein	
—	Nein	
—	Nein	
—	Nein	
Kopfschmerzen	Ja	Diffuse Lepto- und Pachymeningitis. Zirkumskripte Verwachsung der Hirnhaut mit Schädel und Gehirn.

Digitized by Google

Theorie, sondern auch der andern Begründungsversuche de periodischen psychischen Erkrankungen. Man kann ja sagen daß die Reizung, die durch die „Narbe" gesetzt wurde, an un für sich nicht genügt, um die psychische Erkrankung auszulöse und daß es erst immer einer Summation der Reize oder eine okkasionellen Ursache bedarf, um die Krankheit ins Leben treten zu lassen. Ob wir damit der Lösung der Frage bedeutend näher kommen, ist allerdings eine andere Sache.

In gewissem Maße scheinen äußere Einflüsse, Ärger im Dienste und vor allem der übermäßige Alkoholgenuß ätiologisch tätig gewesen zu sein.

An und für sich könnte ja der Alkohol, dessen unheilvolle Einfluß gerade bei allen reellen Veränderungen des Gehirns bekannt ist und durch die Steigerung der Blutzufuhr zum Gehirn ja sicherlich den Ausschlag geben kann, auch hier die Rolle des agent provocateur spielen, obgleich nach *Pilcz*[1]) der Alkohol merkwürdigerweise in der Ätiologie der periodischen Psychosen so gut wie gar nicht die ihm sonst zukommenden Funktionen ausübt. Aber ganz abgesehen davon, daß mehrere Male höchst wahrscheinlich der übermäßige Alkoholgenuß nicht als Ursache sondern als Symptom der aufflackernden psychischen Störung anzusehen ist, ist er bei manchen Krankheitsphasen als ätiologischer Faktor mit völligster Sicherheit auszuschließen und hier fehlt jede äußere Veranlassung.

Anders steht es mit der ersten Erkrankung. Daß hier der fortgesetzte exzessive Alkoholgenuß von schädigendster Wirkung gewesen ist, kann um so weniger geleugnet werden, als das Krankheitsbild in seinem ganzen Verlaufe und seiner Färbung durchaus den Anstrich hatte, wie er den akuten alkoholistischen Psychosen eigen ist. Dabei unterscheidet sich gerade diese Phase durchaus von den später auftretenden durch Dauer, Intensität und Gruppierung der Symptome. Der Kranke selbst setzte sie ausdrücklich auf eine andere Stufe wie die späteren Krankheiten, zumal er sich auch für sie nur eine sehr lückenhafte Erinnerung bewahrt hatte. Man kann sich vielleicht den Zusammen-

[1]) *Pilcz*, l. c. S. 25.

Digitized by Google

hang so vorstellen, daß dieser schwere, auf intensiver Alkoholvergiftung beruhende Krankheitsprozeß genügt hätte, um den ganzen psychischen Mechanismus gewissermaßen in Unordnung zu bringen, die Resistenzlosigkeit des Gehirns zu erhöhen und die Disposition zu den periodischen Krankheiten anzubahnen.

Im gewissen Maße entspräche diese Anschauung der Theorie *Martinencqs*.[1]) Dieser rechnete die erste mehr isoliert auftretende Phase der folie circulaire noch nicht zum zyklischen Irresein, sondern sah sie als selbständige Psychosen an. Diese gäbe den shoc. cérébral. ab, der die diathèse morbide schaffe und die hereditäre Belastung ersetze.

Nicht ohne Bedeutung ist meines Erachtens schließlich noch die Art des Einsetzens der Krankheit, die für den Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und dem lokalen Prozesse im Gehirn einen deutlichen Fingerzeig zu geben scheint. Der Kranke beschreibt spontan, daß er beim Beginne und beim Verschwinden jeder Krankheitsphase immer das Gefühl gehabt habe, als wenn Teile seines Gehirns in eine andere Lage gerückt würden. Es liegt wohl nicht zu ferne, diese Sensation als eine Organempfindung zu deuten, die durch den Reizungsprozeß, der sich an der Narbe abspielte, ausgelöst worden ist. Die Tatsache, daß er in dieser Zeit mehrere Male ganz kongestioniert erschien, beweist wohl, daß ein starker Blutandrang nach dem Gehirne stattfand. Gleichzeitig hat er das Gefühl, daß er bei der Arbeit gestört und gehindert werde, als stände er unter dem Einflusse fremder Gewalten, die ihm seine Willenskraft fortnehmen, ihn dirigieren und seine Bewegungen leiten. Er sei zitterich, wie gelähmt, es sei so, als ob seine Glieder von einem fremden Einflusse bewegt würden.

Es ist sehr angenehm, daß diese Äußerungen des sehr intelligenten Kranken, der sich einer sehr scharfen Beobachtungsgabe und einer nicht minder großen Selbstkritik erfreut, ganz und gar der Spontaneität entspringen. Der Vorwurf, den man sich

[1]) *Martinencq*, Folie a double forme intermittente précédée, d'accés isolés de manie et de mélancholie et finissant par prendre le type circulaire. Annales médicopsycholog. 1885, S. 412.

Digitized by Google

selbst leider nur zu oft bei solchen diffizilen Dingen machen muß daß man unbewußt die Theorie und seine Lieblingsideen in den Kranken hereinfragt, scheidet so von selbst aus.

Bei der Deutung dieser Beobachtungen des Kranken kann man zunächst an Zwangsbewegungen, Zwangslachen und Zwangshandeln denken. Tatsächlich liegen solche wohl nicht vor. In der Zeit vor seiner ersten Erkrankung finden wir etwas Ähnliches ebensowenig wie in den anfallsfreien Zeiten. nie fühlte er sich erleichtert, wenn er dem Zwange nachgekommen war und — was ausschlaggebender ist — er stand diesem Zwange ganz anders gegenüber, wie Kranke, die an derartigen Zuständen leiden: er führte ihn nicht nur auf bestimmte Personen zurück, über die er sich allerdings nicht ganz klar wurde, sondern fühlte sich durch diese Beeinflussung immer geschädigt und benachteiligt. Das paranoische Element, das in dieser Auffassung zum Ausdruck kommt, ist um so unverkennbarer, als es sich ja auch, ganz abgesehen von dieser Beeinflussung, in allen möglichen Eigenbeziehungen, Beeinträchtigungen und direkten Verfolgungsideen ausspricht.

Es ist vielmehr nicht ganz so undenkbar, daß es sich hierbei um eine paranoische Umdeutung von direkten Erregungszuständen in den Muskeln handelt, die mit der Reizung in der Großhirnrinde in Zusammenhang stehen. Es wäre das eine wahnhafte Verwertung derselben Empfindungen, die wir in der Epilepsie als Aura kennen. Findet ja auch *Pilez* in dem nicht seltenen Vorhandensein gewisser stereotyper Sensationen, die bei den periodischen Psychosen als Aura keine Seltenheit sein, eine Analogie zwischen diesen Krankheitszuständen. Auch bei der epileptischen Aura haben wir es ja mit einer vom Zentrum nach der Peripherie projizierten Endeffekt der Erregung der Großhirnrinde zu tun, der als erste Ankündigung der bevorstehenden allgemeinen motorischen Entladung aufzufassen ist. Bei der Epilepsie entzieht sich das weitere Fortschreiten der Übertragung der Großhirnrindenreizung auf die Muskulatur der Beobachtung des Kranken, weil der Reizzustand so überhandnimmt, daß das Bewußtsein erlischt. In unserem Falle und in allen denen, bei denen man die psychischen Abweichungen mit einem objektiv nachweisbaren

Digitized by Google

Befunde im Gehirn in Verbindung bringt, ist die Reizung des Gehirns nicht so stark, daß das Bewußtsein ausgelöscht wird.

Gerade bei der periodischen Paranoia finden wir ähnliche Vorboten und Gefühlsempfindungen gar nicht selten. *Pilcz*[1]) erwähnt, daß solchen Kranken allerlei abnorme Sensationen „gemacht" werden, ihr Körper wird beeinflußt, aus der Ferne wird mit ihnen Physik getrieben, sie werden elektrisiert, magnetisiert. Die Kranke von *Kausch*[2]) fühlte sich wie umnebelt, es war ihr, als wenn ihr ein Band um den Kopf gelegt und zugeschnürt werde, von den Leuten im Dorfe wurden ihr Empfindungen gemacht. Bei dieser Kranken leitete ein Schwindelanfall die Psychose ein, dann fühlte sie eine Müdigkeit in den Armen. In einem der *Mendel*schen[2]) Fälle traten als Vorboten Schlaflosigkeit ein, Blutandrang nach dem Kopfe, Röte im Gesicht und Augen. Bei einem der *Ziehen*schen Kranken war der Kopf stark gerötet.

Thomsen[3]) sah die den Anfall einleitenden nervösen Prodromalerscheinungen gelegentlich als Äquivalent des Anfalls selbst auftreten.

Wenn man diesen Zusammenhang zwischen der organischen Läsion und psychischen Erkrankung anerkennt, bleibt natürlich noch die Frage zu lösen, warum denn diese Reizung sich nicht wie bei der *Jackson*schen Epilepsie mit einer einfachen Bewegung oder einer Gefühlsäußerung sich begnügt oder warum sie, wenn eine periodische Psychose in ihrem Gefolge auftritt, nicht in eine Stimmungsanomalie ausläuft. Daß sie das nicht tut, beruht in letzter Linie wohl auf der ganzen Veranlagung, der Disposition des Individuums, auf das diese Ursache einwirkt. Steckt in einem solchen Kranken die Neigung zu paranoischem Denken, so ist es erklärlich, daß, wenn ein äußerer Anlaß eine psychische vorübergehende Störung auslöst, der Grundcharakter der ganzen Persönlichkeit zum Durchbruch kommt und dem Krankheitsbilde die Färbung verleiht. Mag auch bei unserem Kranken dieser Grundcharakter nach außen hin nicht so sehr in die Augen fallen,

[1]) *Pilcz*, Die periodischen Geistesstörungen, S. 121.

[2]) *Kausch*, l. c. S. 934.

[3]) *Thomsen*, Diskussion über den *Mendel*schen Vortrag l. c. S. 666.

Digitized by Google

so spiegelt das äußere Verhalten ja durchaus nicht immer das innere Wesen wieder, und wie im Rausche der wahre Charakter nicht selten zum Vorschein kommt, so drängt sich auch bei solchen Gelegenheiten die Grundnatur des Menschen gerne ans Tageslicht. Finden wir doch auch fast regelmäßig in der Vorgeschichte der klassischen Paranoia chronica, daß ihre Träger auch vor ihrer Erkrankung als scheue, verschlossene, mißtrauische Individuen galten, denen der Stempel der Absonderlichkeit aufgedrückt war, so daß die später eintretende Erkrankung nur das vollendet und zur bizarrsten Ausgestaltung bringt, was vorher nur in verwischten Zügen schon niedergelegt und in den leisesten Schattierungen angedeutet war.

Daß die Art der Halluzinationen bei dieser Umdeutung nicht ohne Bedeutung ist, liegt auf der Hand. Wir kommen damit zu den bekannten Forschungen *Cramers*[1]) über die Halluzinationen im Muskelsinn.

Man kann vielleicht im Zweifel sein, ob man im strengsten Sinne des Wortes bei den eigentümlichen Empfindungen, die bei dem Kranken auftreten, von Halluzinationen sprechen darf. Bei den Halluzinationen im Muskelsinn werden Bewegungsempfindungen nach der Hirnrinde transportiert, die einem wirklichen Vorgange in der Muskulatur nicht entsprechen. In unserem Falle aber werden durch die im Gehirn entstehenden Reize Erregungen in der Muskulatur ausgelöst, die nur nicht so stark sind, um direkte Muskelkontraktionen auszulösen. Dann aber werden durch die zentripetal verlaufende Sinnesbahn, die in der Muskulatur ihre Aufnahmestation hat, diese Bewegungsempfindungen nach der Hirnrinde gebracht, um dort zu Bewegungsvorstellungen umgesetzt zu werden. Die Erregung des peripheren Apparates ist in diesem Falle eine kompaktere, materiellere als sie in den Muskeln sonst bei den Halluzinationen im Muskelsinn vom Zentrum ausgehen. Der Begriff der Halluzination wird durch diese Empfindung eben dadurch erfüllt, daß die Nervenbahn durch einen krankhaften, dem normalen Denkprozesse fremden Prozeß in Erregung versetzt wird und dem Bewußtsein

[1]) *Cramer*, Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Freiburg 1889.

Digitized by Google

falschen Rapport erstattet, indem sie die Erregung, die den Mukeln vom Gehirn her zugeleitet wird, nach außen hin projiziert, so daß die Auffassung entsteht, als ob wirklich ein äußerer Reiz die Aufnahmestation getroffen hätte.

Nehmen wir wirklich an, daß die eigenartigen Gefühle auf diese Weise zustande kommen, so fügt sich die ganze Handlungsweise des Kranken zwanglos in die *Cramer*schen Theorien ein: Die Zwangsbewegungen, das Zwangsreden, das Zwangslachen kommen bei ihm auf Grund einer allerdings auf falschen Prämissen aufgebauten Bewegungsvorstellung zustande. Seine Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen sind auf einer Halluzination im Muskelsinn beruhende und dem Bewußtsein aufgedrungene Bewegungsvorstellungen, die zum Ablaufe des motorischen Vorgangs die Veranlassung geben. Auch bei ihm kommt der abnorme Prozeß in der Vorstellungsbildun hauptsächlich bei der Bildung von Sprech- und Bewegungsvorstellungen in Betracht. Das erklärt die enorme Inanspruchnahme des Kranken durch diese Vorgänge, die sich in der Stimmung usw. widerspiegelt.

Da diese „Zwangsvorstellungen" nur selten und periodisch auftreten, wirken sie wohl weniger auf das Vorstellungsleben ein, und das mag vielleicht auch der Grund dazu sein, daß sich die Verblödung, die sich sonst auf dem Boden dieser organischen Prozesse so gerne entwickelt, bei unsern Kranken noch nicht eingestellt hat. Das entspricht wieder der fehlenden Trübung des Bewußtseins und der Krankheitseinsicht, die sich der Kranke auch auf der Höhe des Anfalls bewahrt hat. In letzter Linie mag dabei mitsprechen, daß der Kranke in einer Weise hereditär frei ist, wie man es selten findet.

In der letzten Zeit sind die paranoischen Phasen länger geworden, die paranoische Auffassung bricht immer weiter durch und erfaßt weitere Kreise. Es erscheint daher nicht ganz ausgeschlossen, daß sich die Anfälle einmal ganz zusammenschließen. Dann wäre auch die Forderung *Jastrowitzs* erfüllt, daß, wenn die Annahme einer periodischen Paranoia gerechtfertigt sein solle, man auch den Übergang in die chronische Paranoia nachweisen müsse.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Dresden am 28. und 29. April 1905.

Anwesend waren die Herren: *Adams*-Galkhausen, *Albrecht*-Treptow a. R., *Alter* sen.-Leubus, *Alzheimer*-München, *Anton*-Graz, *Bauer*-Ückermünde, *Bennecke*-Dresden, *Binswanger*-Jena, *v. Blomberg*-Dziekanka (Gnesen), *Blitz*-Pankow, *Boeck*-Troppau, *Bödeker*-Schlachtensee (Berlin), *Böhmig*-Dresden, *Böss*-Illenau, *Bolte*-Bremen, *Bonhöffer*-Breslau, *Bruns*-Hannover, *v. Buchka*-Alt-Scherbitz, *Buder*-Weinsberg, *Bumke*-Freiburg i. Br., *Buschbeck*-Dresden, *Camerer*-Stuttgart, *Campbell*-Leipzig, *Cimbal*-Altona, *Cramer*-Göttingen, *Dees*-Gabersee (Oberbayern), *Dubbers*-Allenberg, *Edel*-Charlottenburg, *Engelken*-Alt-Scherbitz, *Erk*-Weilmünster, *Fabricius*-Düren, *Facklam*-Suderode, *Feldkirchner*-Regensburg-Karthaus, *Fels*-Jena, *Früstück*-Hochweitzschen, *Ganser*-Dresden, *Geelvink*-Frankfurt a. M., *Gerlach*-Münster i. W., *Gerstenberg*-Hildesheim, *v. Grabe*-Hamburg-Friedrichsberg, *Gudden*-Bonn, *Haardt*-Emmendingen, *Haenel*-Dresden, *Hahn*-Breslau, *Hartmann*-Graz, *Heinke*-Lauenburg, *Heilbronner*-Utrecht, *Henneberg*-Berlin, *Herfeldt*-Ansbach, *Hermkes*-Warstein (Westf.), *Herse*-Neustadt (Westpr.), *Herting*-Galkhausen, *Hess*-Görlitz, *Hesse*-Ilten, *Hetschel*-Dresden, *Hoesel*-Zschadraß, *Hoffmann*-Nietleben, *Hoffmann*-Zwiefalten, *Hübner*-Lichtenberg-Berlin, *Hüfler*-Chemnitz, *Hügel*-Klingenmünster (Pfalz), *Ilberg*-Groß-Schweidnitz, *Jaspersen*-Prutz, *Jenz*-Schwerin, *Kahlbaum*-Görlitz, *Karrer*-Klingenmünster, *Kleudgen*-Obernigk, *Kluge*-Potsdam, *Knecht*-Ückermünde, *Köberlin*-Erlangen, *Kolbe*-Marburg, *Kramer*-Conradstein, *Krell*-Groß-Schweidnitz, *Kreuser*-Winnenthal, *Kunze*-Dresden, *Kurella*-Ahrweiler, *Kurz*-Pfullingen, *M. Lachr*-Haus Schönow, *H. Lachr*-Schweizerhof, *Landerer*-Andernach, *Langer*-Alt-Scherbitz, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Liebers*-Dösen, *Lochner*-Thonberg, *Lullies*-Kortau, *Lustig*-Erdmannshain, *Matthes*-Hamburg, *Margulies*-Prag, *Mauss*-Coswig, *May*-Dresden, *Meltzer*-Großhennersdorf, *E. Mendel*-Berlin, *K. Mendel*-Berlin, *Mercklin*-Treptow, *Meyer*-Königsberg i. Pr., *Moeli*-Berlin, *Moeller*-Berlin, *Mucha*-Franz.-Buchholz, *Müller*-Uchtspringe, *Muermann*-Aplerbeck, *Neisser*-Bunzlau, *Neuendorff*-Bernburg, *Obereicher*-Niederschönhausen, *Osswald*-Goddelau, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Pelman*-

Digitized by Google

Bonn, *Peretti*-Grafenberg, *Petersen*-Brieg, *Peterssen*-Borstel-Plagwitz (Schles.), *Pfeifer*-Halle a. S., *Pick*-Prag, *Pierson*-Coswig, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Probst*-München, *Przewodnik*-Lublinitz, *Rabbas*-Neustadt (Westpr.), *Ranniger*-Hochweitzschen, *Reich*-Lichtenberg, *Reichelt*-Sonnenstein, *Rein*-Ansbach, *Renk*-Dresden, *Repkewitz*-Schleswig, *Roemer*-Leipzig, *Roesen*-Landsberg a. W., *Rohde*-Königsbrunn, *Roubinowitch*-Paris, *Rubarth*-Marsberg, *Sander*-Graudenz, *Seelig*-Lichtenberg, *Seifert*-Dresden, *Selle*-Neuruppin, *Serger*-Strelitz (Alt), *Siemerling*-Kiel, *Siemens*-Lauenburg, *Sinn*-Berlin, *Sierau*-Hamburg, *Schäfer*-Roda, S.-A., *C. Schmidt*-Dresden, *Schneider*-Goddelau, *Schnitzer*-Kückenmühle (Stettin), *Scholinus*-Pankow, *Scholz*-Obrawalde b. Meseritz, *Schröder*-Breslau, *Schröder*-Lüneburg, *Schürmann*-Merxhausen, *Schulze*-Untergöltsch, *Schultze*-Greifswald, *Schuster*-Dresden, *Schütz*-Hartbeck b. Leipzig, *Schwabe*-Plauen i. V., *Sklarek*-Dalldorf, *Stahr*-Königslutter, *Starlinger*-Öttling, *Stegmann*-Dresden, *Steinhausen*-Danzig, *Stelzner*-Charlottenhof, *Stoltenhoff*-Kortau, *Tantzen*-Lüneburg, *Thome*-Ilmenau, *Tippel*-Kaiserswerth, *Tuczek*-Marburg, *Ungemach*-München, *Veit*-Wuhlgarten, *Vocke*-München, *Vogt*-Langenhagen, *Wachsmuth*-Frankfurt a. M., *Wagenmann*-Lemgo, *Wanke*-Friedrichroda, *Warda*-Blankenburg i. Th., *Wattenberg*-Lübeck, *Weber*-Sonnenstein, *Weygandt*-Würzburg, *Werner*-Owinsk, *Westphal*-Bonn, *Woerntlin*-Sorau, *Wolter*-Prag, *Zenker*-Bergquell Frauendorf, *Ziertmann*-Leubus, *Zinn*-Eberswalde. (180 Teilnehmer.)

Am Vorstandstisch: *Moeli*, *Kreuser*, *Siemens*, *Pelman*. Schriftführer: *Haenel* und *Stegmann*.

I. Sitzung Freitag, den 28. April, vormittags 9¼ Uhr.

Vorsitzender Herr *Moeli*-Berlin.

Herr *Moeli*-Berlin eröffnet die Versammlung und begrüßt die Anwesenden.

Im Namen der Staatsregierung ergreift sodann das Wort Herr Geh. Reg.-Rat *Kunze*, um das Interesse, das das Kgl. Ministerium des Innern an der Tagung nimmt, zum Ausdruck zu bringen. Im Namen des Kgl. Landes-Medizinalkollegiums begrüßt Herr Geh. Med.-Rat Dr. *Buschbeck* die Versammlung. Er hebt u. a. hervor, daß die Medizinalbehörde dadurch die Bedeutung der Psychiatrie zum Ausdruck bringt, daß sie sich bei der Bezirksarztprüfung nicht mit dem Nachweis des Besuches einer psychiatrischen Klinik begnügt, sondern eine viermonatige Dienstzeit in einer der Landesirrenanstalten verlangt. Weiterhin überbrachten die Grüße der Stadt Dresden Herr Bürgermeister *Hetschel*, des ärztlichen Bezirksvereins Herr Hofrat Dr. *Gelbke* und der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde Herr Hofrat Dr. *Ganser*.

Der Vorsitzende gedachte darauf mit Worten der Erinnerung der im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder. Es waren das die Herren Dr. *Brasch*-Berlin, Oberarzt Dr. *Brie*-Grafenberg, Ober-Med.-Rat Dr. *Dietz*-Stuttgart, Ober-Med.-Rat Dr. *Hemkes*-Wehnen (Oldenburg), Geh.-Rat Dr. *Ideler*-Wiesbaden, Med.-Rat Dr. *Mittenzweig*-Steglitz, Dr. *Nagy*-Hall (Tirol), Geh. San.-Rat

Digitized by Google

Dr. *Seebohm*-Königshof b. Münden, Dr. *Vorster*-Stephansfeld b. Hördt. Dann nannte er den Namen des indirekt um die Psychiatrie hochverdienten außerordentlichen Mitgliedes, Geh.-Rats Prof. Dr. *Weigert*-Frankfurt a. M.

Nachdem die Versammlung deren Andenken durch Erheben von den Sitzen geehrt hat, berichtet Herr *Siemens*-Lauenburg über die vom Vorstande ausgearbeiteten neuen Satzungen des Vereins; der vorgelegte Entwurf wird mit einigen unwesentlichen Änderungen ohne Debatte angenommen.

Entwurf der Satzung
des Deutschen Vereins für Psychiatrie.
(Gemäß §§ 21—79 B.G.B.)

Satzung
des
Deutschen Vereins für Psychiatrie.

§ 1. Zweck.

Zweck des Vereins ist die Förderung der Psychiatrie in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung.

§ 2. Name.

Der Verein führt den Namen „Deutscher Verein für Psychiatrie", nach erfolgter Eintragung in das Vereinsregister mit dem Zusatz E. V. (Eingetragener Verein). — Er ist die Fortsetzung des früheren „Vereins der Deutschen Irren-Ärzte".

§ 3. Sitz.

Der Sitz des Vereins ist in Berlin. Der Verein soll in das Vereinsregister eingetragen werden.

§ 4. Aufnahmebedingungen.

Ordentliche Mitglieder des Vereins können alle Personen werden, welche die staatliche Approbation als Arzt erlangt haben. Andere Personen können außerordentliche Mitglieder werden. Personen, welche die Zwecke des Vereins in hervorragender Weise gefördert haben, können von der Mitgliederversammlung zu Ehrenmitgliedern ernannt werden.

§ 5. Erwerb und Verlust der Mitgliedschaft.

Die Anmeldung zur Aufnahme ist an den Vorstand zu richten. Die ordentliche und außerordentliche Mitgliedschaft ist erworben, sobald der Vorstand oder die Mitgliederversammlung die Meldung angenommen hat.

Die Mitgliedschaft erlischt:

a) durch Tod,

b) durch Erklärung des Austritts. Diese muß schriftlich beim Vorstand erfolgen,

Digitized by Google

c) durch Streichung in den Listen, im Falle der Aufenthaltsort nicht zu ermitteln ist, oder die Zahlung des Beitrags verweigert wird. Auch kann Ausschluß aus dem Verein auf Beschluß der Mitgliederversammlung erfolgen.

§ 6. Beitrag zur Vereinskasse.

Die Höhe des jährlichen Beitrags bestimmt die Jahresversammlung der Mitglieder. Ehrenmitglieder und außerordentliche Mitglieder sind von der Beitragsleistung befreit. Austretende Mitglieder haben den Beitrag für das laufende Jahr noch zu zahlen. Das Vereinsjahr ist das Kalenderjahr. —

Bei einer etwaigen Auflösung des Vereins fließt das Vereinsvermögen der Laehr-Stiftung zu.

§ 7. Vorstand.

Zur Besorgung der Geschäfte wird ein Vorstand von der Jahresversammlung der Mitglieder gewählt. Der Vorstand besteht aus sechs Mitgliedern, welche befugt sind, als ständigen Schriftführer ein siebentes Mitglied hinzuzuwählen.

Der Vorstand wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und den Kassenführer, auch den Schriftführer, falls er nicht einen ständigen Schriftführer zuwählt.

Der Vorsitzende ernennt im Falle seiner Behinderung ein Vorstandsmitglied zu seinem Stellvertreter.

Alljährlich scheiden zwei Mitglieder des Vorstandes aus; die Reihenfolge des Ausscheidens bestimmt die beiden ersten Male das Los, später das Dienstalter. Die Mitgliederversammlung bewirkt die Neuwahl. Wiederwahl ist zulässig.

Der Vorstand vertritt den Verein gerichtlich und außergerichtlich. Er leitet die Geschäfte, die Ausführung der Vereinsbeschlüsse und die Verwaltung des Vereinsvermögens.

§ 8. Sitzungen des Vorstandes.

Der Vorsitzende beruft die Versammlungen des Vorstandes, so oft die Lage der Geschäfte dies erfordert, oder vier Vorstandsmitglieder es beantragen. Die Einladungen erfolgen schriftlich.

Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn vier Mitglieder und unter diesen der Vorsitzende oder sein Stellvertreter anwesend sind. Bezeichnung des Gegenstandes der Beratung bei der Berufung ist zur Gültigkeit eines Beschlusses nicht erforderlich. Die Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefaßt, bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Protokolle der Vorstandsverhandlungen sind von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterzeichnen.

Anzeigen bei Gericht, Urkunden, welche den Verein verpflichten, Ausfertigungen der Beschlüsse des Vereins u. a. werden gültig vollzogen, indem unter die Worte: „Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie E. V."

Digitized by Google

die eigenhändige Unterschrift des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters und noch eines Vorstandsmitgliedes gesetzt wird.

Die Mitglieder erhalten zu den Vorstandssitzungen Vergütung der Fahrkosten aus der Vereinskasse.

§ 9. Mitgliederversammlung.

Alljährlich findet eine Versammlung der Mitglieder statt. Zeit, Ort und Dauer der Jahresversammlung bestimmt der Vorstand, der sie rechtzeitig beruft.

Der Vorstand beschließt über die Erstattung von Berichten über Fragen der wissenschaftlichen oder praktischen Psychiatrie und setzt die Reihenfolge der angemeldeten Vorträge fest.

In der Jahresversammlung soll außerdem regelmäßig

a) die Ergänzungswahl des Vorstandes vorgenommen,

b) die Rechnungslegung des Kassenführers und der Bericht zweier von der Versammlung als Rechnungsprüfer ernannten Vereinsmitglieder entgegengenommen und über die Entlastung des Kassenführers beschlossen werden.

Den Vorsitz in der Jahresversammlung führt der Vorsitzende oder sein Stellvertreter. Bei Beschlüssen entscheidet die Mehrheit der erschienenen Mitglieder, bei Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden. Bei Wahlen ist, wenn sie nicht durch Zuruf einstimmig erfolgen, schriftliche Abstimmung durch Stimmzettel erforderlich.

Die Beschlüsse der Jahresversammlung sind vom Schriftführer aufzuzeichnen und vom Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter und einem zweiten Vorstandsmitglied zu unterzeichnen.

Die Einführung von Gästen bei den Versammlungen unterliegt der Genehmigung des Vorstandes.

(Die alten Statuten des „Vereins der Deutschen Irrenärzte" finden sich in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 21 Seite 357 bezw. im Supplementheft Seite 9. — Ein Nachtrag dazu in Bd. 25, Supplementheft Seite 13. — Die Zahl der Vorstandsmitglieder wurde auf 7 erhöht im Jahre 1893 zu Frankfurt a. M., der Name in „Deutscher Verein für Psychiatrie" umgeändert 1903 in Jena.)

Herr *Pelman*-Bonn stellt den Antrag, von einem der neuen Rechte des Vereins sofort Gebrauch zu machen und den hochverdienten Senior desselben, Herrn Geh.-Rat *Lachr*-Zehlendorf, zum Ehrenmitgliede zu ernennen. Die Versammlung beschließt dies einstimmig.

Herr *Stoltenhoff*-Kortau berichtet über die Tätigkeit der im vorigen Jahre gewählten Kommission zur Vorbereitung von Fortbildungskursen für Irrenärzte. Die Kommission ist der Ansicht, daß dieselben zunächst auf Preußen zu beschränken seien und zwar im Anschluß an das hier schon als staatliche Einrichtung bestehende ärztliche Fortbildungswesen. Die Teil

Digitized by Google

nehmerzahl in Preußen wird auf ca. 300 zu schätzen sein; rechnet man auf jeden Kursus als Hörerzahl 25—30, und ferner eine Wiederholung des Kursus für den einzelnen in Zwischenräumen von acht Jahren, so würden jährlich zwei bis drei Kurse abzuhalten sein, als Dauer eines jeden ist ein Zeitraum von drei Wochen wünschenswert, der genügen dürfte, um die Fortschritte in Anatomie, innerer Medizin, Chirurgie, Hygiene usw. abzuhandeln. Wenn die Staatsbehörden auch ihre Sympathie zu dem geplanten Unternehmen schon zu erkennen gegeben haben, so ist doch ohne besonderen Antrag auf materielle Unterstützung nicht zu rechnen. Es würden in dieser Hinsicht zu fordern sein: die Kosten der Hin- und Rückfahrt II. Klasse, 80 M. Unkosten für die Veranstaltungen und 12 M. Diäten pro Tag und Teilnehmer.

Herr *Moeli*-Berlin betrachtet die Angelegenheit als einen Versuch, der aber wohl Aussicht auf Verwirklichung habe. Auf seinen Vorschlag ermächtigt die Versammlung den Vorstand, im Sinne des von der Kommission ausgearbeiteten Referates sich an die maßgebenden Behörden mit einer entsprechenden Bitte zu wenden.

Referate:

1. Herr *Weygandt*-Würzburg: Über Idiotie.

Wenn auch dem Wunsche des Vorstandes entsprechend hier vor allem die Forderungen zum Ausdruck kommen werden, die vom ärztlichen Standpunkte an die Idiotenfürsorge gestellt werden, so soll doch zunächst erörtert werden, was vom wissenschaftlichen Standpunkte unter Idiotie zu verstehen ist. Erst *Esquirol* hat die Gruppe des angeborenen Schwachsinns den erworbenen Schwachsinnsformen gegenübergestellt. Alle Kranke, deren Hirnentwicklung von Geburt oder den frühesten Jugendjahren an unterbrochen wurde, haben den gemeinsamen Zug, daß es bei ihnen nie zur vollen Entwicklung einer geistigen Persönlichkeit kam, einerlei welche Ursache die Unentwicklung gestört hat. Gegenüber der graduellen Abstufung, die ihre klinisch-therapeutische Bedeutung hat, muß eine Gruppierung der verschiedenen, durch die Ätiologie, Anatomie und Verlaufsweise charakterisierten Formen vorgenommen werden.

Eine streng abgeschlossene Gruppe bildet die sogenannte familiäre amaurotische Idiotie nach *Tay* und *Sachs*. Solche Kinder gehen schon im zweiten Jahre unter Verblödung, Lähmungserscheinungen und eigenartigen Reizsymptomen zugrunde. Von großem Interesse ist der histologische Befund, vor allem eine besondere, fettige Entartung der Ganglienzellen.

Ebenso eine besondere Gruppe bilden die thyreogenen Fälle des endemischen und sporadischen Kretinismus, sowie der Cachexia thyreopriva, wozu als weitere endemische Gruppe der strumöse Schwachsinn zu rechnen ist.

Idiotie auf Grund von Anlagemangel, unabhängig von Krankheitsprozessen findet sich in verschiedener Weise. Die schwersten Mißbildungen, Anencephalie usw., leben nur ganz kurz. Fälle von Cyklopie, von Verschmelzung der Hemisphären schon länger, ja Balkenmangel oder Heterotopie der grauen Substanz kann ohne Intelligenzstörung bestehen.

Digitized by Google

Besonders Mikrocephaliefälle mit einem Hirn von makrogyrem Typus oder mit der Windungsanordnung des Neugeborenen beruhen auf dieser Entwicklungshemmung im engeren Sinne.

Häufig sind die Idiotiefälle auf Grund vaskulärer Störung, meistens entzündlicher Vorgänge. Die Encephalitis kann sehr verschieden nach Zeit Lokalisation und Intensität auftreten. Selbst die schwersten Porencephalieformen können dadurch bedingt sein, während manche Fälle von Hirnentzündung ohne Defekt vorübergehen. Die Unterscheidung von echter und von Pseudoporencephalie nach *Bourneville* ist nicht aufrecht zu erhalten.

Auch die Mikrogyrie findet sich in vielen Fällen als Resterscheinung einer entzündlichen Affektion. Sie ist nicht streng abzutrennen von der sogenannten atrophischen Sklerose *Bournevilles*. Je nach der Ausdehnung des Entzündungsprozesses kann es auch zu vollständiger halbseitiger Atrophie des Großhirns kommen, manchmal unter vikariierender Hypertrophie anderer Teile.

Weiterhin auf entzündlicher Basis beruhen die meisten Fälle von Hydrocephalus; gewöhnlich handelt es sich um meningitische Prozesse und entzündliche Veränderung des Plexus chorioideus und des Ependyms, verbunden mit Erschwerung des Flüssigkeitsablaufes. Leichte Fälle bleiben zweifellos ohne Intelligenzstörung.

Die Meningitis bei Idioten beruht meist auf Syphilis. Daneben finden sich auch in Idiotenanstalten infantile Paralysen. Außerdem können auch syphilitische Affektionen des kindlichen Zentralnervensystems ohne ausgesprochene Idiotie vorkommen.

Diesen Gruppen gegenüber stellt die hypertrophische tuberöse Sklerose einen degenerativen Prozeß dar.

Einen eigenen Typ bilden die mongoloiden Idioten, die Vortragende besonders in England studiert hat, allem Anschein nach auf Grund von entarteter Entwicklung beruhend, mit dem Syndrom der mongoloiden Gesichtsbildung, der rissigen papillösen Zunge und der Gelenkweichheit.

Epilepsie tritt sekundär bei einem Drittel der Idioten auf, kann aber auch als genuine Epilepsie kindlichen Schwachsinn verursachen.

Das Schädeltrauma spielt eine einwandfreie Rolle weit seltener, als gewöhnlich angenommen wird.

Kurz berührt wird die Kombination mit chronischer Chorea, Athetose und Littlescher Krankheit, dann die Idiotie polysarcique und die angiodysplastische Entwicklungsverlangsamung, sowie *Fürstners* sensorielle Idiotie. Ablehnend verhält sich Vortragender gegenüber der Idiocy by deprivation, den Wolfs boys, ferner gegenüber dem angeborenen degenerativen Schwachsinn bei anatomischer Intaktheit des Hirns und schließlich auch gegenüber der Annahme von Frühformen der Dementia praecox.

Hervorzuheben ist, daß zahlreiche Fälle trotz der von früh auf bestehenden Entwicklungsstörung doch noch beträchtliche Schwankungen im Verhalten zeigen, epileptische Zufälle, Erregungen, Wahnbildungen und viele andere, was darauf hinweist, daß die Hirnprozesse noch keineswegs abge-

Digitized by Google

chlossen sind; auch für ärztliche Behandlung gibt es daher noch eine Reihe on Angriffspunkten und Aufgaben.

Die Bearbeitung der vielen noch offenstehenden Probleme ist erschwert urch die Eigenart der Fürsorge der Idioten. In Frankreich wurden die rsten Anstalten eingerichtet. Im deutschen Sprachgebiete sind während der rsten Hälfte des 19. Jahrhunderts mehrere Anstalten auf Anregung von rzten und Lehrern gegründet worden; manche Idiotenlehrer haben noch achträglich Medizin studiert. Später wurden auf geistliche Anregung Wohltätigkeitsinstitute für schwachsinnige Kinder eingerichtet, bis seit den neuniger Jahren die preußischen Provinzen angehalten wurden, für Anstalten zu orgen.

Zurzeit hat Deutschland 108 Anstalten, ungefähr die Hälfte steht unter eistlichem Einfluß, nur 21 sind staatlich oder städtisch und davon nur ein leiner Teil steht unter ärztlicher Leitung. Von den ca. 150000 Schwachinnigen Deutschlands sind etwa 23000 in Anstalten untergebracht, etwa 5000 avon werden unterrichtet, 8000 sind arbeitsfähig. So verdienstlich die chaffung von Unterkunftsgelegenheit für Schwachsinnige war, so sind doch iele berechtigte ärztliche Wünsche noch unerfüllt und manche Mängel verungen dringend Abhilfe.

Eine Anstalt von 2000 Köpfen hat den nächsten Arzt in mehreren ilometern Entfernung. Die Tuberkulose verursacht eine außerordentlich ohe Ziffer der Mortalität, so 39 von 40 Todesfällen in einer Anstalt. Beenklich sind Ohrblutgeschwülste, Wundliegen, ferner der scheußliche Gestank ufolge des Bettnässens. Zwangsmittel sind in einigen Anstalten vorhanden, wangsjacken und Zwangsstühle, ferner finden sich vereinzelt noch Straflisten, denen Kostentziehung, Einsperren oder Schläge für widerspenstiges Veralten der schwachsinnigen Kinder vorgesehen sind oder auch mit plötzlicher ntlassung bei Ungehorsam gedroht wird. Die behördliche Revision ist ancherorts recht selten.

In Frankreich liegt die Idiotenfürsorge fast ganz in ärztlichen Händen. icêtre unter *Bourneville* ist eine Musteranstalt in bezug auf eine medizinischdagogische Behandlung wie auch wissenschaftliche Beobachtung und aterialsammlung. England, dessen Idiotenfürsorge auch unter ärztlichem nfluß steht und über reiche Mittel verfügt, hat in Lancaster, Darenth, arcross usw. mustergültige Institute.

In Deutschland ist wohl Rücksicht auf die bisherige Leistung der nstaltsgründer und -unterhalter angebracht, doch kann für die vielen noch versorgten Kinder eine ausreichende Fürsorge nicht durch Privatwohltätigkeit, sondern nur von staatlicher Seite geleistet werden. Vor allem ist urchführung des preußischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 zu wünschen. Bei eugründungen ist auf folgendes zu achten: Bildungsunfähige Schwachsinnige ehören unter allen Umständen unter ärztliche Leitung; auch von Pädagogen ird das neuerdings mehrfach anerkannt. Bildungsfähige, die womöglich inmal selbständig ihr Brot verdienen können, sind möglichst davon zu

Digitized by Google

trennen, bei ihrer Behandlung liegt ein Hauptgewicht auf dem Elementar- und dem Handwerksunterricht; an größeren Anstalten für solche sollte jedoch ein Hausarzt koordiniert sein. Die erwachsenen, arbeits- aber nicht entlassungsfähigen Idioten sind ganz wie die sekundär verblödeten Irren in Anstalten mit Kolonialbetrieb zu behandeln.

Der Schaffung separater Idiotenanstalten aus praktischen Gründen vorzuziehen wäre es, wenn man bei der Gründung neuer Anstalten als Appendix in der Art eines Vorwerkes auch für 2—300 Idioten Fürsorge treffen würde. Die Verärztlichung der Idiotenpflege ist das Ergebnis jeder wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Gegenstande und entspricht am meisten dem Wohl dieser Kranken.

(Das Referat ist illustriert durch eine Sammlung von Abbildungen idiotischer Hirne, mikroskopischen Bildern von idiotischen Hirnrinden und anderen bildlichen Darstellungen.)

II. Vorträge.

2. Herr *O. Kluge*-Potsdam: Über die Behandlung und Unterbringung psychisch-abnormer Fürsorgezöglinge.

An 48 in den beiden Potsdamer Provinzialanstalten für Epileptische und für Idioten untergebrachten Fürsorgezöglingen beiderlei Geschlechts ließen sich interessante Beobachtungen machen und Erfahrungen sammeln. Es waren bis auf wenige Ausnahmen alles Fälle, die wegen antisozialer, verbrecherischer Handlungen oder wegen Prostitution in Fürsorgeerziehung gekommen und zunächst in Erziehungs-, Korrigenden- und Rettungshäusern untergebracht worden waren. Von hier wurden sie wegen Schwachsinns oder wegen akuterer Störungen den Potsdamer Anstalten zugeführt.

Bei der Gruppe der der Idiotenanstalt zugewiesenen Fürsorgezöglinge, die mit dem Eintreten in die Anstalten, die unter ärztlicher Leitung stehen, naturgemäß zu Pfleglingen wurden, ließen sich leicht die verschiedenartigen Defekte, Hemmungen und Unregelmäßigkeiten des Vorstellungs- und Empfindungslebens feststellen, welche die Unzulänglichkeit und die moralische Minderwertigkeit der psychopathischen Individuen ausmachten. Dabei ließen sich zwei Klassen von Schwachsinnigen unterscheiden: die mehr passiven und die aktiveren Elemente. Letztere waren in der Mehrzahl und deren Behandlung gestaltete sich anfangs recht schwierig. Es lag das auch daran, daß sie vorher in den Fürsorgeanstalten durchaus verkehrt und unsachgemäß behandelt worden waren. Fast alle waren körperlichen Züchtigungen, die in einzelnen Fällen hart an Mißhandlung streiften, unterworfen worden, ohne daß damit auch nur die geringste Besserung erzielt worden war. In der Anstalt wurden sie nach den psychiatrischen Prinzipien behandelt; die genaue Erkenntnis der vorliegenden Defekte und Störungen ermöglichte das beständig vorbeugende, ablenkende und beruhigende Behandlungsverfahren, das insbesondere durch das rechtzeitige Abfangen der oft beobachteten Erregungszustände, der heftigen Affektäußerungen und triebartigen Handlungen bewerk-

Digitized by Google

stelligt wurde. Unter dieser beständigen vorbeugenden Beaufsichtigung war es vor allem auch die den individuellen Anlagen und Neigungen sorgsam angepaßte Beschäftigung, die zu dem günstigen Behandlungserfolge beitrug. Bei den männlichen Pfleglingen war es besonders der von einem Pfleger durchgeführte Handfertigkeitsunterricht, der nach den verschiedensten Richtungen hin erfolgreich wirkte, aber nur wenn er wieder den irrenärztlichen Direktiven Rechnung trug. Disziplinierungen erwiesen sich unter dieser Behandlungsmethode als umgehbar; früher noch vereinzelt bei sehr bedenklichen Streichen (Gas aufdrehen) vorgenommene vorübergehende Separierungen oder auch Isolierungen hatten keinen irgendwie nachhaltigen Effekt und wirkten auch nicht abschreckend auf die übrigen Insassen. Daher ist hiervon gänzlich Abstand genommen; bei dem sich zeigenden Hange zu asozialen Handlungen wird Bettruhe in den Wachsälen verordnet.

Im allgemeinen waren die Verhältnisse in der Anstalt für Epileptische die nämlichen, wenn auch hier die Epilepsie dem Verhalten der Fürsorgepfleglinge noch ihr eigenes Gepräge gab.

Nicht in die Anstalt gehörten hierunter sechs weibliche aus einem Stift für gefallene Mädchen zugeführte Pfleglinge, an denen sich keine Epilepsie nachweisen ließ. Es waren dies Mädchen, die zum Teil Schwachsinn mittleren Grades und sodann eine gewisse Labilität der Stimmung und hysterische Beeinflußbarkeit aufwiesen. An diesen waren in dem vorangegangenen Aufenthaltsorte äußerst bedenkliche Prozeduren religiös-mystischer Art vorgenommen worden, die als Bekehrungen Besessener galten und die zweifellos zu den die Aufnahme in die Anstalt bedingenden Erregungszuständen und hysterischen Anfällen geführt hatten.

Es zeigen alle diese Erfahrungen einmal die Notwendigkeit der Mitwirkung des Arztes bei der Verordnung der Fürsorgeerziehung. Sodann beweisen sie, daß dem Arzte die verantwortliche und leitende Behandlung der defekten und abnormen Kinder zukommt. Die Pädagogen und auch Theologen widersetzen sich heute diesen Forderungen, die an sich ja schon gesetzlich festgelegt sind. Demgegenüber wird jetzt der Arzt und Psychiater pflichtgemäß sich mit allem Nachdruck des kranken Kindes anzunehmen haben.

3. Herr *Meltzer*-Großhennersdorf: Der Arzt in der Schwachsinnigenfürsorge.

Auf die Anstaltsfürsorge für Idioten hat in Deutschland von jeher die gemeinsame Verpflegung bildungsfähiger und -unfähiger, jugendlicher und erwachsener Elemente in einer Anstalt bez. einem Hause ungünstig gewirkt: nicht zum wenigsten auch auf die in letzter Zeit oft ventilierte Frage, wer am besten zur Leitung einer solchen Anstalt berufen sei. — Anstalten mit vorwiegend bildungsfähigen schwachsinnigen Kindern haben mehr pädagogische Interessen als medizinische, ebenso wie die Hilfsschulen. Da es aber geschlossene Anstalten für Individuen sind, die vom medizinischen wie juristi-

Digitized by Google

schen Standpunkte mehr zu den Geisteskranken zu rechnen sind, so ist die Anstellung eines Psychiaters an solchen Anstalten notwendig. Er ist verantwortlich für Wahrung und Durchführung psychiatrischer und hygienischer Prinzipien, die auch bei allen unterrichtlichen und erziehlichen Einwirkungen obenan stehen müssen. Er braucht aber nicht Leiter der Anstalt zu sein, es genügt, wenn er zu diesem in einem koordinierten Verhältnisse steht. Diese Einrichtung hat sich in Sachsen, wo die Erziehungs- und Gefangenenanstalten meist selbständige Medizinalbezirke bilden, bewährt, und gewährt der Medizin den ihr gebührenden Einfluß. Mit einer solchen Stellung des Arztes in der Anstalt dürfte vorläufig auch den Interessen der psychiatrischen Forschung am besten gedient sein. Ein von Verwaltungsgeschäften und anderweiter ärztlicher Praxis befreiter Arzt kann sich mit voller Kraft den Aufgaben, die ihm auf psychologischem, psychiatrischem, anatomischem, therapeutischem Gebiete in reichlichem Maße gestellt sind, zuwenden. —

Pflegeanstalten für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder oder der Erziehungsanstalt entwachsene Geistesschwache, die für das Leben außerhalb der Anstalt untauglich sind, haben keine pädagogischen Interessen mehr, sondern nur noch psychiatrische; sie sind daher einem Psychiater zu unterstellen.

Vortr. streift noch die Rolle, die die Medizin und Psychiatrie in der Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge gespielt haben, und stellt zum Schluß folgende Forderungen auf:

1. Es ist in Zukunft weiter auf eine scharfe Trennung der bildungsfähigen und bildungsunfähigen schwachsinnigen Kinder zu halten.

2. Die ersteren sind in Unterrichts- oder Erziehungsanstalten, die letzteren in Pflegeanstalten unterzubringen.

3. Für die Unterrichts- oder Erziehungsanstalten empfiehlt sich die Leitung durch einen Pädagogen, wenn die Verantwortung für Wahrung psychiatrischer und hygienischer Prinzipien einem Psychiater übertragen wird.

4. Die Pflegeanstalten, ebenso die sich ihnen am besten angliedernden Kolonien für erwachsene, anderweit nicht unterzubringende Geistesschwache sind der Leitung eines Psychiaters zu unterstellen.

II. Sitzung. Mittags 1 Uhr.

4. Herr *Cramer*-Göttingen: Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus.

Vortr. hält es für selbstverständlich, daß das in neuerer Zeit in Wort und Schrift immer mehr hervorgetretene Bestreben, das Publikum gegen die gefährlichen Handlungen von Geisteskranken zu schützen, nicht bestritten werden soll. In diesen Bestrebungen kann aber auch über das Ziel hinausgeschossen werden; denn es ist nicht zu verkennen, daß entsprechend einem alten Vorurteil, das noch weite Kreise des Publikums beherrscht, allem, was Geisteskranke tun und lassen, in Laienkreisen eine viel zu hohe Bedeutung be-

Digitized by Google

gelegt wird und daß vielfach die Überzeugung besteht, daß jeder Geisteskranke in hohem Grade gefährlich für Gut und Leben seiner Mitmenschen sei. Es ist das um so erstaunlicher, als heute in der Zeit der freien Behandlung und Familienpflege der Geisteskranken trotz vielfacher aufklärender Vorträge und entsprechender Aufsätze in der belletristischen Literatur das Publikum in seiner großen Masse immer noch nicht verstehen will und verstehen lernt, daß unsere modernen Irrenanstalten Krankenanstalten sind, in denen solche Kranke behandelt werden, deren Gehirn krank ist, und daß diese Krankheit sich in nichts von jeder anderen körperlichen Erkrankung unterscheidet. Dieses Vorurteil wurzelt hartnäckig in einer wissenschaftlich längst überwundenen philosophisch-moralischen Anschauung, daß die Geisteskrankheiten ein Produkt der Sünde und Leidenschaft seien und daß demnach der Geisteskranke mit dem Verbrecher auf eine Stufe zu stellen sei und daß weiter die beste Behandlung für den Geisteskranken die sei, daß man ihn möglichst sicher ohne jede Möglichkeit zur freien Bewegung hinter Schloß und Riegel bringe. Dabei spielt hinein, um diese Anschauung noch zu bekräftigen, und in demselben Vorurteil wurzelnd, das alte und immer neue Gespenst der widerrechtlichen Freiheitsberaubung.

Die moderne Behandlung der Geisteskranken hat gezeigt, daß, je freiere Bewegung man den Geisteskranken gewährt, ein um so besserer Heilerfolg erzielt wird. Würde diese freie Bewegung, bei der natürlich auch Aufnahme und Entlassung eine besondere Rolle spielen, durch neue gesetzgeberische oder Verwaltungsmaßregeln erschwert werden, so würden die gesamten modernen Errungenschaften der wissenschaftlichen Psychiatrie schwer in Frage gestellt werden. Deshalb ist es auch so bedenklich, daß vielfach die Gefährlichkeit der Geisteskranken überschätzt wird. Erstaunlich ist es, daß man eigentlich nur von der Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken spricht, während es andere Krankheiten, z. B. Geschlechtskrankheiten, bestimmte Infektionskrankheiten gibt, welche viel gefährlicher sind, die aber niemals als gemeingefährlich bezeichnet werden, von denen man höchstens spricht, wenn sie massenhaft auftreten, wie z. B. gegenwärtig die Genickstarre.

Die gefährlichen Handlungen der Geisteskranken können, insofern sie wirklich vorhanden sind, ganz wesentlich eingeschränkt werden, wenn die Geisteskranken möglichst zeitig in eine Anstalt kommen, wenn also das Aufnahmeverfahren nicht erschwert, sondern erleichtert wird, wenn die Behandlung in den Anstalten auch bei denen, die gefährlich gewesen sind, eine möglichst freie ist. Denn nur auf diese Weise ist es zu erreichen, daß der gefährliche Geisteskranke, auch wenn er nicht zu heilen ist, in einen ungefährlichen verwandelt wird.

Ganz verfehlt wäre es, die Kranken, welche gefährlich geworden sind, auf dem Wege eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens für eine bestimmte Zeit in Irrenanstalten unterbringen zu wollen. Die Irrenanstalten sind

Digitized by Google

Krankenanstalten, und über den Aufenthalt in ihnen kann nur der Zustand des Patienten entscheiden, nicht, was er gemacht hat. Denn das ist sicher, daß viele gefährliche Handlungen von Geisteskranken nicht durch die Geisteskrankheit allein, sondern durch ungünstige äußere Verhältnisse, eine Konstellation von Umständen, wie sie im Leben des Betreffenden nie wieder vorkommen, und durch ein törichtes Verhalten des Publikums herbeigeführt sind. Es wäre deshalb geradezu ein Verbrechen, selbst einen nicht geheilten, sondern auch nur gebesserten Kranken auch dann noch in einer Anstalt zu behalten, wenn man die Überzeugung hat, daß er draußen ohne Gefährdung seiner Umgebung seinen Unterhalt wieder erwerben kann. Würden nun unsere Irrenanstalten mit dem Strafvollzuge auf irgend eine Weise verquickt, dann wäre das ein Schlag ins Gesicht für die Kranken, welche, ohne daß sie einen Konflikt mit dem Strafgesetz verschuldeten, zur Behandlung in eine Anstalt gekommen sind, und für die Angehörigen. Es wäre ein Rückschritt fast ins Mittelalter, wie er nicht schlimmer gedacht werden kann.

Diese Gefahr besteht auch für den Fall, daß man in absehbarer Zeit schon die geistig Minderwertigen bei einer strafrechtlichen Behandlung einer Irrenanstalt zuweisen wollte. Das Gesetz sagt ausdrücklich, daß die Tat eines Geisteskranken nicht vorhanden ist, während in einer Lex ferenda, welche die geistig Minderwertigen berücksichtigt, diesen geistig Minderwertigen noch eine gewisse geminderte Zurechnungsfähigkeit und Straffähigkeit zuerkannt werden könnte. Ganz abgesehen davon, daß ein geistig Minderwertiger kein Geisteskranker ist und also deshalb schon nicht in eine Irrenanstalt gehört, würde auch diese Verquickung mit dem Strafvollzuge seine Aufnahme in eine moderne Irrenanstalt, in eine Krankenanstalt unmöglich machen.

Cramers Vortrag hat also den Zweck, die Geisteskranken und die Krankenanstalten, in denen sie behandelt werden, die Irrenanstalten davor zu schützen, daß bei irgendwelchen Maßregeln zum gewiß berechtigten Schutz des Publikums nicht so vorgegangen wird, daß die moderne zweckdienliche und segenbringende Behandlung unmöglich gemacht und die Animosität des Publikums gegen die Irrenanstalten weiter gesteigert wird. Als praktisch durchführbare Maßregel zum Schutz des Publikums sieht *Cramer* eine gute Durchführung der ärztlichen Beaufsichtigung der Kranken außerhalb der Anstalt an, ein sorgfältiges Vorgehen bei der Entlassung und die Verpflichtung der Anstaltsleiter im Sinne der Preußischen Ministerialverfügung, drei Wochen vor der Entlassung eines gefährlich gewesenen Kranken der zuständigen Ortspolizeibehörde Mitteilung zu machen. Ganz besonderen Erfolg verspricht er sich aber auch von einer weitgehenden Aufklärung des Publikums, damit es das Mißtrauen gegen die Anstalten verliert, beizeiten die Kranken in die An-

Digitized by Google

alt bringt und sich in zweifelhaften Fällen da Rat holt, wo es irklich sachverständigen Rat finden kann. Autoreferat.

5. Herr *E. Meyer*-Königsberg i. Pr.: Über psychische Infektion nduziertes Irresein).

M. weist zuerst darauf hin, daß die Bedingungen der spezifischen ychischen Infektion im Sinne *Schönfeldts* vor allem durch die Psychosen füllung finden, die durch dauernd oder für längere Zeit bestehende leb- fte Wahnideen charakterisiert sind. Es handelt sich, wie die Literatur ch zeigt, fast stets um Paranoia oder Dementia paranoides (*Weygandt*). ffektiven und motorischen Störungen mißt *M.* bei der psychischen Infektion nzelner nur geringe Bedeutung zu. Wohl muß man bei der induzierten ranoia eine frühzeitige Mitbeteiligung der Affekte ebenso voraussetzen, wie i der Entstehung der Paranoia überhaupt, aber darin liegt noch nicht der chweis der Übertragung der affektiven Störung an sich. Man wird viel- hr in solchen Fällen in der Regel in der primären affektiven Psychose, B. der Melancholie, nur die auslösende, nicht die eigentlich spezifische sache der zweiten Erkrankung sehen. Die wirklichen Träger der Infektion nd nach *M.* dauernd nur mit starker gemütlicher Erregung vorgetragene ahnideen.

M. berichtet dann über die psychische Erkrankung zweier Schwestern, n denen die jüngere, jetzt 36jährige, seit 18 Jahren an hypochondrischen een (Einspritzung von Gift usw.) und anderen Beeinträchtigungsideen det, dabei durch gewisse Eigenheiten der Dementia paranoides nahe steht. e der älteren, 46jährigen Schwester, die die jüngere stets gepflegt hat, hat ch allmählich eine typische Paranoia entwickelt: Wahnideen, daß die hwester von allen Ärzten „zu stark" behandelt sei, daß in einer Privat- talt etwas besonderes mit derselben vorgenommen sei, wodurch sie ver- dert wäre, kurz, daß die „krankhafte" Idee der Schwester von der Gift- spritzung durch die Schuld der Ärzte hervorgerufen und fixiert sei, ferner ahnhafte Erinnerungsfälschungen, deren Richtigkeit sie vor Gericht beweisen ill, und endlich krankhafte Erregbarkeit. (Sie will sich bei längerer Fest- tung der Schwester das Leben nehmen.) *M.* führt aus, daß die ältere hwester somit eine Art Erklärungswahnsystem zu den Wahnvorstellungen r Schwester gebildet hat.

Er hält es weiter nicht für berechtigt, die Fälle von psychischer In- ktion zwischen Geschwistern und nahen Verwandten wegen der gleich- tigen Veranlagung von dem eigentlichen induziertem Irresein abzutrennen. ch bei ihnen läge es näher, in der primären Paranoia die spezifische Ur- che für Entwicklung und weiteren Verlauf der zweiten Erkrankung zu hen, als letztere nur aus der angeborenen gleichartigen Anlage entstehen lassen. Man müsse auch bei nicht Verwandten für die psychische In- ktion einzelner eine gewisse besondere Disposition annehmen, könne nicht n Übertragung geistiger Störung auf völlig „Gesunde" sprechen. Daß

Digitized by Google

man für die Entstehung geistiger Störung auch bei anscheinend ganz Gesunde eine solche latente Veranlagung oft annehmen müsse, dafür führt M. zum Schluß als Beispiel die Erkrankung eines nicht miteinander verwandten Ehepaares (Dementia praecox) an. Bei dem Manne, der zuerst erkrankte, bestand ein apathisch-mutacistischer Zustand, bei der Frau ein unausgesetzter Wechsel von Stupor, Stereotypien, Verbigeration, Erregung und läppischer Zerfahrenheit. Hier lag keine eigentliche psychische Infektion vor, sondern die Erkrankung war bei der — nicht belasteten — Frau durch die Erregung über den Mutismus des Mannes und materielle Sorgen ausgelöst; doch können diese ursächlichen Momente ohne eine besondere Disposition nicht als ausreichend angesehen werden, um eine solche Psychose hervorzurufen. (Ausführliche Veröffentlichung in der „Berliner klinisch. Wochenschrift" 1906.)

6. Herr *Hess*-Görlitz: Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen.

Vortr. bespricht die Organisation und den Betrieb des von *Kahlbaum* begründeten ärztlichen Pädagogiums in Görlitz, in dem Patienten verschiedenster Nationalität im Alter von 10—25 Jahren neben der psychiatrischen Behandlung wissenschaftlichen und praktischen Unterricht erhalten. Psychosen im akuten Stadium sind hierfür nicht geeignet, wohl aber bieten ziemlich alle Psychosen im ruhigen Stadium, außer Paralyse und schwerster Idiotie, brauchbares Material. Von besonderer Wichtigkeit sind die moralischen Defektzustände (*Prichards* moral insanity, *Scholz'* moralische Anästhesien) ohne grobe intellektuelle Störungen. Von dem angeborenen, mit der Imbezillität korrespondierenden „moralischen Schwachsinn" ist sehr wohl die erworbene moralische Defektuosität zu unterscheiden, die, von *Kahlbaum* als Heboidophrenie beschrieben, gewissermaßen einen Ausschnitt aus dem Symptomenbild der Hebephrenie bildet und zur Dementia praecox-Gruppe gehört. Während die Hebephrenie im allgemeinen unheilbar ist, hat die Heboidophrenie eine günstige Prognose und gelangt vielfach zur Heilung. Die hierher gehörigen Patienten, bei denen Abschwächung, aber im Gegensatz auch hohe Entwicklung der Intelligenz vorhanden sein kann, kommen in der Regel wegen Verfehlungen auf ethischem Gebiet in psychiatrische Behandlung. Häufig ist die Heboidophrenie die Ursache von Alkoholismus, Prostitution, Verbrechertum, bei allen jugendlichen, scheinbar „strafeinsichtigen" Verbrechern muß an Heboidophrenie gedacht werden und an die Stelle der nutzlosen und schädlichen Strafe die Erziehung treten. Für psychiatrisch-pädagogische Behandlung passen nur kleine Abteilungen, die nicht selbständige Institute sind, sondern Teile einer allgemeinen Irrenanstalt sein müssen. Alkoholabstinenz, strenge Disziplin, aber keine Weltabgeschlossenheit, keine „Strafen" im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Der eigentliche Unterricht soll dort weiterfahren, wo der Patient auf der Schule, die er vorher besuchte, abgebrochen hat. Unterrichtsziel: Ablegung eines Examens (Einjähriges, Abiturium) oder Rückkehr zur Schule in eine höhere Klasse.

Digitized by Google

r Übergang in einen praktischen Beruf. Dauer der Pädagogiumserziehung Heboiden etwa zwei Jahre; solche, die einen praktischen Beruf ergreifen, iben zunächst noch etwa ein Jahr lang in Anstaltsbehandlung und werden irend dieser Zeit in geeigneten kaufmännischen, technischen, landwirtaftlichen Betrieben als Volontäre beschäftigt. Neben Erfolgen natürlich erfolge, wo man sich damit begnügen muß, die Patienten zu passablen naltspfleglingen, die den Zusammenhang mit der Welt nicht ganz ver-en, oder zu unschädlichen Rentnern zu erziehen. In ausgesprochene nenz geht Heboidophrenie nie über. Bei vielen hervorragenden Personen künstlerischem und wissenschaftlichem Gebiet lassen sich in den Entklungsjahren heboidophrene Störungen nachweisen. Zur Illustration seiner führungen gibt Vortr. kurz die Krankengeschichte eines Heboidophrenen der, der in seinem 17.—19. Lebensjahre von *Kahlbaum* behandelt wurde nun seit Jahren eine Universitätsprofessur bekleidet.

7. Herr *Tippel*-Kaiserswerth: Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.

Meine Herren! Um von vornherein nicht die Meinung aufkommen zu en, als ob ich alle zwischen Fürsorgeerziehung und Psychiatrie beenden Beziehungen heute in den Kreis unserer Betrachtung ziehen wollte, ube ich mir schon jetzt darauf hinzuweisen, daß es mir nur daran liegt, en nach meinen Beobachtungen diejenigen Verhältnisse zu schil-n, welche die Veranlassung dazu geben, daß die Fürsorgeglinge uns Psychiatern zugeführt werden. In zweiter Linie chte ich daran Forderungen knüpfen, welche ich auf Grund meiner lokalen ahrungen als erreichbar und durchführbar erachten darf. Während von hgenossen, wie *Laquer, Wilmanns, Fürstner, Moeli, Neisser* u. a. vorgend bei solchen Fürsorgezöglingen, die bereits in der Beobachtung von chiatern waren, Untersuchungen angestellt sind, möchte ich Ihre Aufksamkeit auf die vorhergehenden Stadien lenken.

Wenn auch ein Teil der Elemente in Familienerziehung untergebracht so lebt die bei weitem größte Anzahl doch in Anstalten mancherlei Art. folgenden werde ich Ihnen unsere lokalen Verhältnisse deswegen genauer tzieren, weil ich der Ansicht bin, daß auf dem dabei charakterisierten ge das Ziel zu erreichen ist, was mir als möglich und nicht nur als Ideal schwebt.

Seit dem Jahre 1833 hat sich, noch vor der ersten Diakonissenanstalt, Kaiserswerth ein Asyl für verwahrloste und sittlich gefährdete Mädchen l Frauen aus kleinsten Anfängen zu einem ansehnlichen Werke entwickelt. Insassen mußten von vornherein den guten Willen haben, freiwillig sich die Hausordnung zu fügen, wenngleich wohl oft genug ein Machtwort der en und deren gesetzlicher Vertreter in erster Linie entscheidend war. gegen konnten die besonders gefährdeten, mit Willen und Wissen der Angörigen der Unsittlichkeit und Unredlichkeit, dem Laster und dem Verchen preisgegebenen und zugeführten Individuen bis zum Jahre 1878 gegen

das Einverständnis derer, denen durch Gesetz und moralische Verpflichtu die Fürsorge oblag, dieser Segnungen nicht teilhaftig werden. Am 1. Oktob genannten Jahres trat das Gesetz, betr. die Unterbringung verwahrlost Kinder, in Kraft, soweit das Königreich Preußen in Betracht kommt. I dieses sich aber nur auf Kinder vom 6.—12. Lebensjahre erstreckte. blieben gerade die Entwicklungsjahre mit ihren besonderen Gefahren an fernerhin ohne besonderen gesetzlichen Schutz, bis endlich mit der E führung des Bürgerlichen Gesetzbuchs die Fürsorgeerziehung durch d Gesetz vom 2. Juli 1900 auf Minderjährige ausgedehnt wurde. Dieses Gese trat mit dem 1. April 1901 in Kraft und mit dem gleichen Zeitpunkte wur das vorerwähnte Gesetz aufgehoben.

Der § 1 des Gesetzes lautet: „Ein Minderjähriger, welcher das 18. Leben jahr noch nicht vollendet hat, kann der Fürsorge überwiesen werden,

1. wenn die Voraussetzungen von § 1666 und § 1838 des B.G.B. vo liegen und die Fürsorgeerziehung erforderlich ist, um die Verwahrlosung d Minderjährigen zu verhüten;

2. wenn der Minderjährige eine strafbare Handlung begangen ha wegen der er in Anbetracht seines jugendlichen Alters strafrechtlich nic verfolgt werden kann, und die Fürsorgeerziehung mit Rücksicht auf die B schaffenheit der Handlung, die Persönlichkeit der Eltern oder sonstigen E zieher und die übrigen Lebensverhältnisse zur Verhütung weiterer sittlich Verwahrlosung des Minderjährigen erforderlich ist;

3. wenn die Fürsorgeerziehung außer diesen Fällen wegen Unzulän lichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher od der Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens des Minde jährigen notwendig ist."

Der unter 1 angeführte § 1666 des B.G.B. lautet: „Wird das geistig oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Rec der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässi oder sich eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht, so h das Vormundschaftsgericht die zur Abwehr der Gefahr erforderlichen Ma regeln zu treffen. Das Vormundschaftsgericht kann insbesondere anordne daß das Kind zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie od in einer Erziehungsanstalt oder einer Besserungsanstalt untergebracht wir

Hat der Vater das Recht des Kindes auf Gewährung des Unterhalt verletzt und ist für die Zukunft eine erhebliche Gefährdung des Unterhal zu besorgen, so kann dem Vater auch die Vermögensverwaltung sowie d Nutznießung entzogen werden."

Der ferner angeführte § 1838 hat folgenden Wortlaut: „Das Vormun schaftsgericht kann anordnen, daß der Mündel zum Zwecke der Erziehu in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt oder in ein Besserungsanstalt untergebracht wird. Steht dem Vater oder der Mutter d Sorge für die Person des Mündels zu, so ist eine solche Anordnung n unter den Voraussetzungen des § 1666 zulässig."

Digitized by Google

Meine Herren! Diese gesetzlichen Bestimmungen treffen im wesentlichen das gleiche Menschenmaterial, welches in einer großen Anzahl von Besserungsanstalten der mannigfachsten Art bereits zu finden war. Aber die Möglichkeit der zwangsweisen Zuführung ergab bald dem kundigen Auge, daß die Mehrzahl der von diesem Zwangsgesetze betroffenen doch in mancher Beziehung von den bisherigen Insassen abwich. Es fiel da in erster Linie die größere Depravation auf, für die sich Gründe verschiedener Art unschwer fanden. Alle anderen, bei den bisherigen Elementen mehr angedeuteten Züge traten bei den Fürsorgezöglingen gröber und exzessiver in die Erscheinung. Aber immerhin bestanden bei beiden, den freiwilligen und den zwangsweise zugeführten Arten von Gefährdeten so viele übereinstimmende Merkmale, daß die in Betracht kommenden amtlichen Stellen bei der Einführung des Gesetzes die Schwierigkeiten, welche durch die plötzliche Versorgung einer beträchtlichen Anzahl der Versorgungsbedürftigen entstanden — es handelte sich um fast 8000 —, dadurch zu überwinden suchten, daß sie diese den vorhandenen Anstalten zuführten. So kam für die Rheinprovinz neben anderen Anstalten auch das eingangs erwähnte Asyl in Kaiserswerth in Betracht.

Wenn wir mit dem Vorstehenden einen Einblick in die Quellen getan haben, welchen die Fürsorgezöglinge entstammen, so ist es zur Begründung unserer Beobachtungsresultate nötig, ebenfalls diejenigen, welchen die Zöglinge in Kaiserswerth anvertraut sind, kurz in ihrem Werdegange zu betrachten. An der Spitze des Asyls steht als Leiter ein Geistlicher. Wenige Jahre vor dem Eintreffen der ersten Fürsorgezöglinge war in dieses Amt ein jüngerer Herr berufen, dessen Vater längere Zeit Irrenseelsorger war und dessen Mutter sich ebenfalls viele Jahre ihres Lebens mit der Pflege der Geisteskranken beschäftigt hatte. So war der Sohn im Verkehr mit psychisch abnormen Menschen in Berührung gekommen und hatte als Anstaltskind schon in seiner Jugend Einblicke in Verhältnisse getan, die anderen Leuten durchschnittlich abgehen. Ihm zur Seite stehen Diakonissen, die neben der allgemeinen Bildung auf dem Gebiete der Krankenpflege auch theoretisch und praktisch die Irrenpflege kennen gelernt haben. So ist es nicht besonders auffällig, daß bei dieser Vorbildung der Fürsorger die Insassen von vornherein unbeabsichtigt auch nach ihrer psychischen Seite Beobachtung fanden. Wenn ferner mein Rat schon vor der Übernahme der Fürsorgezöglinge bei auffälligen Erscheinungen an den freiwilligen Asylisten von jeher eingeholt worden war, so geschah dies nun vermehrt auch bei den zwangsweise unserer Obhut anvertrauten Minderjährigen. Wenn ich sage „unser", so darf ich mich schon ohne Anmaßung als Mitberater und Helfer bezeichnen nach der Art meines Eingreifens. Und so entwickelte sich zwanglos im Laufe mancher Besprechungen zwischen dem Asylsvorsteher und mir nach unseren Beobachtungen mehr und mehr die Überzeugung, daß bei vorurteilsfreier, individualisierender Erziehung der Fürsorgezöglinge die Seele der einzelnen Persönlichkeit nicht nur vom Standpunkte des Erziehers eine Berücksichtigung

Digitized by Google

erfordere, sondern daß auch häufig der Psychiater respektive die Beurteilung vom psychiatrisch gebildeten Standpunkte ein gewichtiges Wort mitzureden habe. Diese unsere Erfahrung stand jedoch, wie bei Verhandlungen mit anderen Anstaltsleitern festgestellt werden mußte, in einem lebhaften Gegensatze zu deren Auffassung. Von vielen Seiten wurde nämlich betont, daß sich in anderen Anstalten solche Gesichtspunkte nicht ergeben hätten, weil eben derartige Insassen nicht vorhanden wären. Bei uns griff deswegen immer mehr die Vermutung Platz, es könne nicht eine Verschiedenheit des Materials, wie wohl mitunter behauptet wurde, sondern nur eine solche in der Beurteilung, die auf Mangel an einschlägigen Kenntnissen beruhe, der Grund zu der Meinungsverschiedenheit sein.

Was das Material anbetrifft, so wird dieses den einzelnen Anstalten mit einem ärztlichen Zeugnisse zugewiesen. Dieses letztere bescheinigt in den meisten Fällen die Gesundheit (nach § 3 der Vorschriften des Rheinischen Provinzialverbandes) und spricht nur in seltenen Fällen sich über geistige Mängel aus. Verwaltungstechnische Gründe gaben, soweit wir feststellen konnten, lediglich den Ausschlag, ob ein Zögling in diese oder jene Anstalt verbracht wird.

In dem Fürsorgehause zu Kaiserswerth wurden nun seit dem Inkrafttreten des Gesetzes, also vom 1. April 1901 bis 1. April 1905 im ganzen 163 Fürsorgezöglinge aufgenommen. Von diesen erwiesen sich 6 = 3,68% als geisteskrank und wurden in andere Irrenanstalten übergeführt. Außerdem sind 109 = 66,87% als geistig minderwertig anzusprechen. Durchschnittlich fiel schon innerhalb der ersten vier Wochen nach der Aufnahme bei beiden Gruppen eine geistige Abnormität auf. Bei der ersten Gruppe waren die gleichen Krankheitsformen zu finden, wie sie andere Autoren, z. B. *Laquer*,[1]) *Mönkemöller*,[2]) *Wilmanns*[3]) anführen: vorwiegend Dementia praecox in Form von Hebephrenie, hysterisches Irresein und die verschiedenen Schwachsinnsformen. Bei der zweiten großen Kategorie fanden sich alle Arten von dauernder, angeborener, erworbener und konstitutioneller Minderwertigkeit, wie wir sie von *Kochs* Schilderungen kennen. Nicht mit in die Zahl einbegriffen sind die nach *Kochs* Schema als flüchtige, ohne spezifische Merkmale bezeichneten Erscheinungen, die bei den Zöglingen auch sehr häufig beobachtet wurden.

Bei einem Teile der Minderwertigen funktionierte, wie mir von den Laienbeobachtern berichtet wurde, bei anscheinend normalem Intellekt

[1]) *Laquer*, Die Mitwirkung der Ärzte bei der Ausführung des Preuß. Fürsorgegesetzes. Vierteljahresschrift f. gerichtliche Medizin usw. 3. Folge XXII. Suppl. Heft.

[2]) *Mönkemöller*, Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. LII.

[3]) *Wilmanns*, Das Landstreichertum, seine Verhütung und Bekämpfung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform.

Digitized by Google

er „Wille" nicht normal und „das, was man bei Gesunden Ungezogenheiten nnen würde", trat in regelmäßigen monatlichen Zwischenräumen auf. Ob n bestimmter Zusammenhang mit den Menses für diesen Punkt besteht, ß sich nicht mit Bestimmtheit feststellen.

Von den 115 psychisch Abnormen ließ sich in 51 Fällen = 44,34 % ne erbliche Belastung nachweisen. Eine besonders große Rolle spielt erbei der Alkoholismus der Eltern. Angaben bei Vater und Mutter wie: äufer, dem Trunke ergeben, Trottel" finden sich vor; ebenso Nerven- und isteskrankheiten. Diese Aktennotizen gesellen sich Beobachtungen bei suchen der Angehörigen und in der Korrespondenz mit ihnen zu, die zu r Annahme berechtigen, daß tatsächlich noch einige Prozent mehr in dieser brik aufzuführen wären. Erschreckend ist aber geradezu die Feststellung, ß mit einer einzigen Ausnahme alle 115 Mädchen, also = fast 100 % be- ts sehr frühzeitig sexuell mißbraucht sind, und zwar nicht selten von dem enen Vater, mehrmals selbst auf Veranlassung der Mutter. Ebenso hoch fast der Prozentsatz der venerisch Kranken unter den 115, nämlich 104 90,43 %.

Auf Einzelheiten in der psychiatrischen Beeinflussung der Fürsorger d Zöglinge hier einzugehen, dürfte Ihre Zeit zu sehr in Anspruch nehmen. r das kann ich sagen, daß meine ärztliche Tätigkeit auf ganz anderem biet liegt, als wie sie Herr Kollege *Neisser* auf der Versammlung 1903 in Diskussion nach dem *Laquer*schen Vortrage aus seinem Wirken an der desischen Erziehungsanstalt Ihnen geschildert hat. Arrest- und Prügel- afen werden bei uns nicht in das Bereich der Erwägung gezogen, und „die lässigkeit ihrer Vollstreckung" beschäftigt mich nie. Bei unseren Zöglingen d eine individualisierende Behandlung erstrebt. Dementsprechend er- ert die Regelung des Tagewerks mit möglichster Beschäftigung im Freien l die ganze Hausordnung an die Forderungen, die Herr *Neisser* aufgestellt Die Schwierigkeiten bei einer derartigen Behandlung liegen im Ver- ich mit derjenigen in Irrenanstalten aber darin, daß man noch vielmehr bei einzelnen Individuen bewußt sein muß, wie weit die Intelligenz und stungsfähigkeit Anforderungen gerecht werden kann und wie weit etwaiger er Wille und sonstige Charakterfehler mitreden. Denn darüber darf man nen Augenblick im Zweifel sein, daß nicht alles als krankhaft angesehen den darf, was als auffällig zur Beobachtung gelangt.

Wenn ich nun schon früher davon sprach, daß von anderen Anstalten p. deren Leitern ähnliche Beobachtungen über das Vorkommen von geistig ormen Zöglingen in dem Maße, wie wir es zu beobachten Gelegenheit ten, uns gegenüber in Abrede gestellt wurde, so ergaben alle unsere Nach- schungen immer wieder, daß für die Annahme, als ob eine besondere swahl der Zöglinge für unsere Anstalt getroffen werde, kein Grund vorlag. befestigte sich bei uns mehr und mehr die Auffassung, daß lediglich auf gegnerischen Seite, wenn ich mich so ausdrücken darf, die Kenntnis der schlägigen Verhältnisse so gering sei oder überhaupt die Auffassung von

Digitized by Google

dem Verschulden an dem Zustande und die dadurch konstruierte Bestrafung auf religiöser Grundlage so feste Wurzeln gefaßt habe, so daß eine Verständigung schwer zu erreichen sein würde. So darf ich hier wohl sagen, daß es dem Vorsteher unseres Fürsorgehauses nicht leicht wurde, für eine Konferenz von Vorständen der evangelischen Asyle im Herbst vorigen Jahres das Thema: „Die geistig Minderwertigen in unseren Anstalten" auf das Programm zu bringen. Neben ihm gab ich damals eine gedrängte Übersicht über die wissenschaftliche Auffassung dieser Begriffe und ging bei der Schilderung von der Grenze des Gesunden allmählich auf das Gebiet der Grenzfälle und schließlich auf die eigentlichen Psychosen über, die bei den Fürsorgezöglingen zur Beobachtung gelangten.

Ich erkannte von vornherein die Schwierigkeiten bei der Aufgabe, die an und für sich nicht leicht zu schildernden Grenzgebiete dem Verständnisse der in psychiatrischem Denken und Beobachten ungeübten Zuhörer nahezuführen. Destomehr war ich geradezu freudig überrascht davon, daß nach dem Vortrage von vielen Seiten betont wurde, daß man jetzt erst wisse, um was es sich handele. Es wurde mir angetragen, in diesem Jahr einen entsprechenden Informationskursus für Leiter und Personal abzuhalten und außerdem von seiten der Konferenz beschlossen, bei den Verwaltungsstellen unter Vorlegung meines Vortrags anzuregen, daß psychopathische Zöglinge den zur Beobachtung geeigneten Stellen überwiesen werden möchten.

Von seiten der Rheinischen Provinzialverwaltung war damals das Interesse an der Angelegenheit dadurch bekundet, daß der entsprechende Dezernent der Versammlung beiwohnte, in der Diskussion mit seinen Erfahrungen anregend eingriff und auch für die Zukunft Förderung nach Kräften in Aussicht stellte. Dies ermutigte mich zu dem Versuche, innerhalb des Bereiches der rheinischen Fürsorge Material zu dieser Frage zu sammeln und Ihnen hier das Resultat als Ausgangspunkt für eine Diskussion vorzutragen. Bei der Größe der Rheinprovinz und ihren die verschiedenartigsten Bevölkerungsschichten umfassenden Bewohnern bin ich der Ansicht, daß Rücksichten auf besondere Einflüsse, wie Industrie, dichte Bevölkerung großer Städte, Landwirtschaft oder wenig bevölkerte Länderstriche u. a. m. in der Rheinprovinz vertreten sind, so daß sie gerade in besonderem Maße alle Faktoren umfaßt, die sonst wohl in mehr einseitiger Weise hervortreten könnten. In der Diskussion, hoffe ich, werden wir psychiatrische Erfahrungen aus andern Bezirken kennen lernen und wenn wir diese mit den früher bereits in der Literatur festgelegten Wünschen vereinen, so dürfte es an der Zeit sein, auch von seiten unseres Vereins, vielleicht in Form einer Resolution, bei den entscheidenden Stellen dahin vorstellig zu werden, daß die psychiatrischen Gesichtspunkte bei der Fürsorgeerziehung einen größeren Einfluß und Berücksichtigung finden möchten. Ich denke da in erster Linie an die Verwaltungsstellen und Vormundschaftsgerichte, denen die Ausführung des Gesetzes obliegt.

Ich ging nun so vor, daß ich mit Genehmigung des Herrn Landeshauptmanns der Rheinprovinz an sämtliche 40 Anstalten, in denen seitens dieser

Digitized by Google

erwaltung Fürsorgezöglinge untergebracht sind, einen Fragebogen sandte. ie peinlichste Ausfüllung desselben wurde den Anstalten durch die Behörde ur Pflicht gemacht, so daß wir das Resultat als ein solches ansehen dürfen, as mit amtlicher Beihilfe gesammelt, wohl nach Möglichkeit größte Genauigeit für sich beanspruchen darf.

Was den Charakter der einzelnen Anstalten betrifft, so stehen sie zum ößten Teil unter kirchlicher resp. geistlicher Leitung. Von den 40 Häusern ehören 21 katholischen Orden oder haben zu diesen Beziehungen, 14 stehen nter evangelischer Leitung, vier werden als königliche Erziehungsanstalten ezeichnet, während eine als Provinzial-Arbeitsanstalt bekannt ist.

Die Beantwortung meiner Fragen durch einen Arzt geschah nur in vier ällen; außerdem erfolgte sie durch die Anstaltsleitung mit Hilfe der an der nstalt freilich nur vorwiegend bei körperlichen Krankheiten tätigen Ärzte reimal. Von den Ärzten werden in den 40 Anstalten nur sieben als psyiatrisch vorgebildet bezeichnet; hierbei rechne ich mich mit.

Da es mir nun von vornherein klar war, daß ich meine Rundfragen rwiegend an Laien richten müsse, so suchte ich mich nach jeder Richtung n bei ihrer Aufstellung zu beschränken. Trotzdem habe ich doch noch in Fällen nur absolut verneinende Antworten bekommen. In diesen 14 Anlten mit 544 Zöglingen ist weder eine Beobachtung über eine Psychose ch über psychopathische Minderwertigkeiten gemacht, sie alle haben keinen ychiatrisch vorgebildeten Arzt. Von einer Anstaltsleitung ging mir die allmeine Belehrung zu: „Der Zustand eines Fürsorgezöglings muß den Grenzlen zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit stets zugerechnet werden", hrend mir eine andere schreibt: „Es ist für einen Laien außerordentlich wierig, nicht sowohl die Fälle anzugeben, in welchen ausgesprochene stige Störungen vorliegen, als vielmehr diejenigen, welche auf der Grenze ischen Krankheit und Gesundheit liegen." Mit diesen beiden Äußerungen rakterisieren sich gewissermaßen die beiden Extreme der Antworten.

Von den restierenden 25 Anstalten mit insgesamt 3562 Insassen sind sgesprochene Geisteskrankheiten in neun Anstalten mit 13 Fällen, davon Brauweiler fünf, und geistig Minderwertige in 19 Anstalten mit ungefähr) Fällen angeführt. Ganz genau konnte die letztere Zahl nicht festget werden, da von mancher Seite die Frage mit Bezeichnungen wie: „wenige, tene, nicht gezählt, aber eine sehr große Anzahl" beantwortet wurde. nn wir nun die Gesamtzahl der Fürsorgezöglinge der Rheinprovinz seit n Inkrafttreten des Gesetzes mit rund 4500 (nach einer mir nachträglich nachten Mitteilung sind es genau 4171, und zwar 2735 männliche und 36 weibliche; die Prozentzahlen erfahren demnach aber doch keine wesentie Veränderung) annehmen, und hiervon die 163 Insassen der Kaiserswerther stalt abziehen, so verbleiben rund 4300 Zöglinge mit 13 Psychosen (0,303 %) 1 100 Grenzfälle (2,33 %). Es stehen demnach 39 Anstalten mit 0,303 % p. 2,33 % gegenüber einer mit 3,68 % resp. 66,87 %.

Meine weiteren Nachforschungen richteten sich nach der ärztlichen

Digitized by Google

Betätigung im allgemeinen und nach psychiatrisch geschulter im besonderen. Wie ich schon früher angab, sind von 40 Anstalten nur zwei mit etwa 400 Insassen, die Psychiater im Hauptamte als Berater haben. Die psychiatrische Vorbildung der wenigen anderen Kollegen, die eine solche genossen haben, war zu verschieden, als daß sie als einschneidend für die Beurteilung in Betracht gezogen werden könnte.

Von Interesse dürfte die Frage sein, wieviel von den ausgesprochenen Psychosen nun in Irrenanstalten überführt sind. Meine Aufstellung ergibt: Von den 40 Anstalten haben sieben in 19 Fällen derartige Kranke an Irrenanstalten abgegeben, davon Brauweiler mit fünf und Kaiserswerth sechs, also die beiden Anstalten mit Psychiatern von Beruf, zusammen elf, während bei den übrigen 38 Anstalten nur 8 Psychosen für anstaltsbedürftig erachtet wurden.

Schließlich wirft die Frage nach der erblichen Belastung sehr grelle Schlaglichter auf die Herkunft der Fürsorgezöglinge. Zahlenmäßige sichere Angaben konnte ich außer den früher mitgeteilten über unser Fürsorgehaus nicht von allen andern erreichen; deswegen verzichte ich hier auf deren Wiedergabe. Aber überwältigend großes Elend tritt uns da entgegen. Gruppieren wir die einzelnen Ursachen, so ergibt sich ein Überwiegen des Alkoholismus. Dieser Gesichtspunkt wird überall besonders hervorgehoben. Weiter wird uneheliche Geburt der Fürsorgezöglinge und Kriminalität der Eltern oft erwähnt. Da noch spricht bei den Eltern eine geistige Störung, weniger häufig eine Minderwertigkeit mit. An diese reiht sich eine sittliche Verwahrlosung und Degeneration der Eltern, hier und da sind es Kuppler schlimmster Art. Lues findet ebenfalls oft Erwähnung, während die Neigung der Eltern zu Gewalttätigkeiten seltener berücksichtigt ist. In drei Fällen wird die Taubstummheit des Vaters hervorgehoben.

Werfen wir nun einen Überblick auf die Resultate unserer Feststellungen! Aus der Art der Beantwortung meiner Fragen geht eine außerordentlich verschiedene Stellungnahme seitens der Anstaltsleiter hervor. Die Bereitwilligkeit, möglichst sorgfältig bei der Prüfung und Sichtung des Materials zu verfahren, ist oft nicht zu verkennen, aber mit noch größerer Deutlichkeit kann daraus ersehen werden, mit welchem Verständnisse die Fragen erörtert sind. Hier zeigt sich der springende Punkt meiner Untersuchung, nämlich: Wir Psychiater müssen bedauern, daß nach der derzeitigen Fassung des Fürsorgegesetzes unsere Mitwirkung bei seiner Ausführung so gut wie ausgeschlossen ist. Wir müssen bedauern, daß wir durchschnittlich nicht in der Lage sind, alle Zöglinge — es handelt sich nach der Zusammenstellung des königlich preußischen Ministeriums des Innern am Ende des dritten Jahres der Wirksamkeit des Gesetzes um 20040 — von vornherein auf eventuelle Psychopathien zu prüfen, sondern lediglich darauf angewiesen sind, die uns meist nur erst von Laien zugeführten, von *diesen* als nicht normal erachteten Elemente in fachmännische Behandlung zu nehmen. Wie ich schon früher anführte, wird ja jeder Fürsorgezögling vor seiner Aufnahme in die öffentliche Fürsorge von

Digitized by Google

inem Arzte daraufhin untersucht, ob geistige Mängel vorhanden sind (nach en rheinischen Ausführungsbestimmungen § 3, Abs. 5). Da diese jedoch icht immer so grob sinnfällig sind, daß sie bei einmaliger Untersuchung von dem, meist auf diesem Gebiete gar nicht vorgebildeten Arzte festgestellt erden könnten, so darf es kein Wunder nehmen, wenn entsprechende posi- ve Angaben sich nicht allzuhäufig in den geforderten ärztlichen Gesundheits- scheinigungen vorfinden. Die Prüfung der Zöglinge auf ihre eventuelle sychopathie liegt also derzeit vorwiegend in den Händen von aien, denen ja nach der pädagogischen Seite zweifellos in der Fürsorge rvorragende Erfolge nachgerühmt werden dürften, deren Kenntnisse von n uns hier interessierenden Fragen aber mit seltenen Ausnahmen sich in ntgegengesetzter Richtung bewegen.

Von verschiedenen psychiatrischen Seiten ist ja in den letzten Jahren r Behandlung der psychopathischen Fürsorgezöglinge warmes Interesse tgegengebracht. Daß derartige Elemente psychiatrischen Anstalten über- ben oder in besonderen, letzteren angegliederten und unter psychiatrischer itung stehenden Abteilungen, wie z. B. in Frankfurt a. M. und ähnlich in tsdam, behandelt werden, ist eine Forderung, die wohl jeder in der Für- rge Arbeitende gut heißt. Aber der Schwerpunkt, die Erkennung der bnormen Elemente unter der großen Schar der geistig intakten wird durch nicht in unsere Hände gelegt. Der Gedanke, der wohl auch hie d da laut geworden ist, für die gesamte Fürsorge mehr wie bisher psy- iatrische Mitwirkung heranzuziehen in der Weise, daß vielleicht alle Zöglinge n Fachärzten in gewissen Zeitabschnitten auf ihre Psyche untersucht werden er ständige Überwachung durch besonders auf diesem Gebiete erfahrene zte erfolgen solle, ich sage, dieser Gedanke würde zu seiner Verwirk- hung große Schwierigkeiten zu überwinden haben. Nach meinen Beobach- ngen, die sich mit denen eines ebenfalls auf diesem Gebiete erfahrenen llegen decken, wird bei der Fürsorgeerziehung im allgemeinen unbedingt s Hauptgewicht auf die pädagogische Einwirkung gelegt werden müssen. e ganze Tätigkeit, die sich unserem Gebiete nur bei gewissen Individuen bert, würde, wenn sie einen Psychiater voll beschäftigen sollte, zur Folge ben, daß eine große Zahl von Zöglingen — ich rede hier allgemein also geistig intakten und abnormen zusammen — in einer Anstalt vereinigt rden müßten. Hiermit wäre aber eine ganze Reihe schwer ins Gewicht llender Übelstände verbunden, die schon allein nach der Seite der Diszi- nierung bei der Neigung zur Komplottierung und zum Entweichen (das ztere bei den Mädchen besonders oft unter Mithilfe von außenstehenden lfershelfern) sehr bedenkliche Formen annehmen könnten. Außerdem ist rein psychiatrische Beeinflussung nicht so ohne weiteres für alle Insassen empfehlen, so daß eine derartige Stellung auf die Dauer für einen Arzt nig befriedigend sein würde. Als praktisch durchführbar dürfte sich viel- cht empfehlen, daß für je eine Provinz ein Psychiater schon allein die ten daraufhin prüfe, ob Gründe für das Vorhandensein einer Psycho-

Digitized by Google

pathie in ihnen zu finden seien. Tatsächlich kann man da zwischen den Zeilen allerlei Anhaltspunkte finden, die in den Laienurteilen eine andere Deutung erfahren. Eine ähnliche Handhabung ist ja bei den Unfallrentenprüfungen auch gangbar. Aber nach meiner Auffassung wird es dabei bleiben müssen, daß die pathologischen Fälle im strengeren Sinne aus der großen Schar derintakten Zöglinge herausgenommen und besonderen Abteilungen übergeben werden. Aber dies wird immer nur mit denjenigen Fällen der Zwischenstufen möglich und wünschenswert sein, die sich den Psychosen nähern. Der große Teil wird in der Hand von Erziehern bleiben müssen. Von seiten der Verwaltung wird dieser Standpunkt z. B. auch dadurch betätigt, daß bei uns die neue Provinzialanstalt für schulentlassene katholische Fürsorgezöglinge männlichen Geschlechts unter katholische Leitung gestellt wird.

So wie die Verhältnisse nun einmal liegen und wohl noch länger bestehen bleiben werden, halte ich unter diesem Gesichtspunkte folgende Forderung für berechtigt: Wir Psychiater müssen bestrebt sein, allen, die an der Fürsorge arbeiten, das Verständnis für die Grenzgebiete zwischen gesunder und kranker Psyche zu wecken, sie über den Unterschied zwischen vermeintlich boshaften und den auf krankhafter Grundlage beruhenden Äußerungen ihrer Schützlinge zu belehren und in die Erkenntnis der seelischen Vorgänge bei psychopathischen Elementen einzuführen. Dieses Bestreben halte ich nach meinen mehrjährigen Erfahrungen für einen Weg, der unter Berücksichtigung der derzeitigen und auch für die Zukunft wohl ähnlich bleibenden Verhälnisse eher zu dem Ziele führt als die Aufstellung idealer Forderungen und Bestrebungen, mit der wir den Hilfsbedürftigen nicht nützen. Daß dies Ziel erreicht werden kann, zeigen die Resultate, die ich Ihnen eingangs über unser Vorgehen in Kaiserswerth vortragen konnte. Daß es erstrebt werden muß, fordern die auffälligen Unterschiede in den einzelnen Ergebnissen unserer Sammelfeststellung. Daß es weiter den in der Fürsorgearbeit stehenden Persönlichkeiten am Herzen liegt, diesen Weg zu beschreiten, den sie als gangbar und fördernswert bezeichneten, ging mir aus dem Erfolge hervor, dessen ich mich mit meinen gleichen Bestrebungen auf der vorerwähnten Konferenz erfreuen durfte. Einen besonderen Mut, ihn weiter zu verfolgen und heute vor Ihrem Forum zu empfehlen, schöpfte ich aus den beistimmenden und rege Förderung versprechenden Äußerungen des erfahrungsreichen Herrn Dezernenten der rheinischen Verwaltung auf der erwähnten Konferenz.

Meine Herren! Es würde zu weit führen, wenn ich hier darlegen wollte, was ich auf jener Tagung am Schlusse als Thesen aufstellte und begründete. Nur kurz angedeutet soll hier werden, daß die Art der Belehrung gezeigt wurde und die Methode, wie die in der Fürsorgeerziehung durch Laien mögliche Diätetik der Seele und des Körpers durchzuführen sei. Neben den Bemühungen um das einzelne abnorme Individuum wurde auf die Vorbeugung im allgemeinen unter Hervorhebung der Schäden durch Alkoholmißbrauch und Lues nachdrücklichst hingewiesen.

Digitized by Google

Ich schlage Ihnen vor, nun auch von unserer fachärztlichen Seite in ieser Frage vorstellig zu werden. Eine dahinzielende Resolution ergibt sich eines Erachtens am besten nach den Ausführungen der Diskussion; die assung derselben werde ich mir erlauben, Ihnen nachher vorzulegen, sie irfte sich im wesentlichen aus meinen Darlegungen ergeben.

Diskussion über das Referat von Herrn *Weygandt* und die Vorträge der erren *Kluge*, *Metzer*, *Hess*, *Tippel*.

Herr *Binswanger* macht im Hinblick auf das Referat des Herrn *eygandt* auf zwei Punkte aufmerksam. 1. Wird eine Entscheidung über die age, ob primäre Entwicklungshemmungen oder pathologische Prozesse (entndliche, embolische usw.) der Idiotie zugrunde liegen, gelegentlich aus wissen histologischen Befunden geschöpft werden können. Voraussetzung ist e genaue Kenntnis des embryonalen Gehirns vom 6. Monate ab. Bei den twicklungsstörungen findet man einen auffälligen Reichtum dieser embryolen Zellen bei Idiotengehirnen, mit verschiedenartigsten anderen Veränderun- auch bei denjenigen Objekten der Untersuchung, deren Träger das reife er erlangt haben. Bei den Entwicklungsstörungen, die das ausgereifte hirn, wenn auch im frühen kindlichen Alter betroffen haben, findet man n Überwiegen von embryonalen Nervenzellen, wohl aber zahlreiche wieder kümmerte (verkalkte, der Fortsätze beraubte, sklerotische usw.) Zellen der igen Rinde. 2. Für die Größe und Tiefe der porencephalischen Defekte maßgebend außer dem primären (vasculären?) Krankheitsprozeß die Mögkeit reparatorischer Leistungen des erkrankten Gehirns. Die typischen, mit dem Locheisen ausgeschlagenen porencephalischen Defekte kommen zustande, wenn alle reparatorischen (vom Mesoderm ausgehenden) stungen fehlen. Man kann alle Zwischenstufen gelegentlich an erkrankten irnen studieren, vom vollentwickelten zum angedeuteten porencephalischen ekt bis zur circumscripten Hirnsklerose; ich glaube, daß ein prinzipieller erschied zwischen den pathologisch-anatomischen Anfangserscheinungen er Sklerosen und den porencephalischen Defekten nicht besteht, sondern nur das Maß der reparatorischen Wucherungen an dem Endergebnis die uld trägt.

Herr *Tuczek* stimmt Herrn *Weygandt* vollkommen in seinen Ausführungen die Fürsorge für Idioten bei und äußert seine Bedenken gegen die von n *Meltzer* gemachten Einschränkungen. Aus Anlaß einer, von pädagogin Leitern deutscher Idiotenanstalten gegen die Festlegung ärztlicher ung solcher Anstalten in einem künftigen Reichsirrengesetze ins Werk tzten Bewegung regt er an, die Versammlung möge eine Resolution dahin en, daß sie auch heute auf dem Standpunkt ihrer Thesen vom Jahre 3 stehe, wonach Anstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptiker, nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehen, als „geeignete talten" im Sinne des Gesetzes vom 11. Juni 1891 nicht betrachtet werden nen.

Digitized by Google

Herr *Anton* erinnert an die von ihm angegebene Methode der Bestimmung des Flächen- resp. Rauminhaltes der gesamten grauen Substanz im Verhältnis zur weißen, und weist darauf hin, welche Bedeutung nicht nur der Thyreoidea sondern auch anderen Drüsenorganen zukommt: die Thymus, die Nebennieren, die Geschlechtsdrüsen stehen in naher Beziehung zur normalen und pathologischen Entwicklung des Gehirns. Er stellt zum Schluß folgenden Antrag:

Der Verein beschließt einen dreigliedrigen Ausschuß zu wählen, welcher fortgesetzt die Fragen der Idiotenforschung und -fürsorge zu verfolgen und dem Verein hierüber Bericht zu erstatten hat.

Herr *Siemens:* Ich bin Herrn *Tuczek* sehr dankbar für die Anregung, unsern Standpunkt den nichtärztlichen Anstaltsleitern gegenüber zu betonen und Ihr Beifall sagt mir, daß Sie selbst diese Notwendigkeit fühlen. Sie haben heute gehört, daß gewisse Leute wieder sehr rührig an der Arbeit sind, um die Welt und die Behörden davon zu überzeugen, daß die Leitung der Idioten- und Epileptikeranstalten nicht den Ärzten zukomme.

Als wir 1893 in Frankfurt a. M., gestützt auf ein erdrückendes Tatsachenmaterial, unsere Erklärungen abgaben, geschah dies nicht als Angriff, sondern als berechtigte Abwehr gegnerischer Bestrebungen. Die VII. Konferenz für das Idiotenwesen beschloß dagegen in Berlin:

1. Für die Leitung von Idiotenanstalten kommen Lehrer, Geistliche und Ärzte gleichmäßig in Betracht.

2. Wir erkennen zwar an, daß die Mitarbeit des Arztes an diesen Anstalten notwendig ist, erachten aber besonders in denjenigen, welche vorzugsweise Bildungszwecke verfolgen, die pädagogische Tätigkeit für die Hauptarbeit.

3. Wir sprechen die Erwartung aus, daß in den Verhandlungen über diese gemeinsame Arbeit im Interesse derselben der Ton gegenseitiger Achtung und Anerkennung gewahrt werde.

Diese Erklärung ist der Vereinigung nichtärztlicher Anstaltsleiter Deutschlands (vgl. die Denkschrift dieser Vereinigung aus dem März 1895) in zu milder Form erschienen, und die Herren sind bemüht, durch werbende Arbeit die Behörden und höchsten Stellen davon zu überzeugen, daß diese Anstalten nicht der ärztlichen Leitung unterstehen dürfen.

Als 1895, wohl auch unter dem Drucke unserer begründeten Ausführungen, sowie der öffentlichen Meinung die Minister in Preußen die bekannte Anweisung für Privatanstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische erließen, fühlten sich die nichtärztlichen Leiter durch sie bedrückt und haben in zielbewußter und unausgesetzter Arbeit mit Audienzen, Immediatvorstellungen und Denkschrift es erreicht, daß die Regierung Schritt für Schritt zurückgegangen ist und von ihren Vorschriften eine um die andere unwirksam gemacht hat. Die Nichtärzte gebrauchen dabei u. a. einen Kunstgriff; sie nennen alle Insassen ihrer Anstalten „Zöglinge"; und wenn die nicht bildungsfähigen Idioten zur Arbeit angelernt werden, so nennen sie

Digitized by Google

ie „Beschäftigungszöglinge". „Zöglinge" sind aber Gegenstand der Erziehung, nd Erziehung ist Sache der Pädagogen.

Demgegenüber ist es an der Zeit, mit aller Entschiedenheit wieder zu etonen, daß wir auf unserm im Jahre 1893 klargelegten Standpunkte verarren. Wir sind das auch dem Andenken unseres verewigten großen ollegen *Zinn* schuldig.

Unter dem Eindrucke des machtvollen Referates *Weygandt* werden Sie gen, daß unsere Forderungen begründet und gerecht sind. Ich bitte Sie, lgende Entschließung anzunehmen, und zwar einmütig:

„Im Hinblick auf die fortgesetzten Bestrebungen, die Leitung der Idioten- nd Epileptikeranstalten den Nichtärzten vorzubehalten, erklärt der Deutsche erein für Psychiatrie, daß er nach wie vor auf dem Boden seiner Frankrter Beschlüsse vom Mai 1893 steht, insbesondere auf den Beschlüssen ter I, 3—5:

3. Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten r Geisteskranke, Idioten und Epileptische entsprechen nicht den Anfordegen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können deshalb als ur Bewachung, Kur und Pflege geeignete Anstalten" im Sinne des eußischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 nicht betrachtet werden.

4. Es ist deshalb Pflicht des Staates, der Provinzial- und Kreisverbände, hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in eigenen, ter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren, behandeln und zu verpflegen.

5. Alle im Besitze von Privaten oder religiösen Genossenschaften stehenAnstalten der genannten Art müssen unter verantwortliche ärztliche tung und unter besondere Aufsicht der Staatsbehörden gestellt werden."

Herr *Schnitzer* teilt einige pathologisch-anatomische Beobachtungen mit, er an den von ihm behandelten Idioten gemacht hat und betont, daß die otie durchaus keinen abgeschlossenen Krankheitsprozeß darstellt, sondern len meisten Fällen fortschreitender Natur ist; Recidive und Exacerbationen, sich klinisch und anatomisch nachweisen lassen, sind häufig. Er teilt Besorgnis des Herrn *Tuczek*, daß die Trennung von bildungsfähigen und fähigen Idioten auf außerordentliche Schwierigkeiten stößt.

Herr *Jenz*: Ich will nur auf die praktische Seite der Frage eingehen. ere Bestrebungen, der Psychiatrie mehr Raum bei der praktischen Bedlung der Idiotie zu gewinnen, sind neuerdings wieder heftigen Angriffen gesetzt. Diese stützen sich immer wieder auf den abgelaufenen Krankisprozeß, aber ich kann mit den Vorrednern bestätigen, daß es sich olut nicht um abgelaufene Prozesse handelt, sondern häufig um chronischzündliche Vorgänge. Obgleich nach Ansicht jener Herren die heilende igkeit des Arztes keinen Raum mehr findet, nennen sie sich selbst doch lpädagogen. Sie beziehen sich in ihrer Denkschrift auf ärztliche Ausüche, die zum Teil schon vor 50 Jahren gefallen sind, zum Teil auch aus erer Zeit stammen, aber aus dem Zusammenhang gerissen sind und da-

Digitized by Google

durch anderen Zwecken dienlich gemacht werden. Wir müssen unter allen Umständen zu der Denkschrift Stellung nehmen, speziell zu der mißbräuchlichen Verwendung ärztlicher Aussprüche. — Daß diese Herren an Boden gewonnen haben, ist aber zum Teil auch unsere Schuld. Als Organ dieser Angriffe dient hauptsächlich die Zeitschrift für Kinderforschung, die „Kinderfehler", herausgegeben von Dir. *Trüper* in Jena. Diese Zeitschrift ist zugleich Organ des Vereins für Kinderforschung, in dessen Vorstande neben Herrn *Trüper* auch Ärzte und Psychiater sitzen. In dieser Zeitschrift sind speziell gegen Herrn Prof. *Weygandt* Angriffe gerichtet worden in einer Form, die Herrn *Trüper* als literarisch sozusagen nicht satisfaktionsfähig erscheinen lassen. Wir müssen wohl unser praktisches Verhältnis zu solchen Herren und ihren Organen eventuell einer Revision unterziehen. — Der Trennung von Idiotenanstalten in solche für bildungsfähige und nicht bildungsfähige Kranke kann ich nicht das Wort reden, eine solche Trennung wird praktisch gar nicht durchführbar sein. Ich möchte nur an die thyreogenen Erkrankungen erinnern, die durch sachgemäße Behandlung zum großen Teil bildungsfähig werden, wenn sie aber dann den Pädagogen überlassen würden, alsbald wieder bildungsunfähig werden könnten.

Herr *Kreuser:* Nur kurz möchte ich mich anschließen der Verwahrung gegen eine Trennung von bildungsfähigen und bildungsunfähigen Idioten. Die einen wie die andern sind Gehirnkranke, in früher Kindheit oder im embryonalen Leben Erkrankte. Als solche bedürfen sie ärztlicher Behandlung. Nur einen Teil dieser Behandlung kann die erziehliche und Schulausbildung bilden. Mit vollem Recht hat Herr *Weygandt* betont, daß dieser Teil kein zu großer sein darf, daß die praktisch-technische Ausbildung wichtiger sein muß als die in der Schule. Für letztere genügt vollkommen das Maß des Bildungsganges der Volksschullehrer, das doch dem der Mediziner nicht unmittelbar an die Seite gestellt werden kann. Schon aus diesem Grunde können wir eine koordinierte Stellung von Arzt und Pädagogen nicht für richtig halten.

Herr *Neisser:* Zur Verhütung eines Mißverständnisses, welches bei dem Ineinandergreifen verschiedener Themata im Gange der heutigen Verhandlungen leicht Platz greifen könnte, scheint es zweckmäßig, ausdrücklich zu konstatieren, daß bei der Forderung ärztlicher Leitung für die Anstalten nicht die Fürsorgeerziehungsanstalten gemeint sind. So verfehlt und entschieden zu weitgehend eine solche Forderung sein würde, so notwendig ist es andererseits zu betonen, daß Beratung und Mitwirkung eines Psychiaters nicht entbehrt werden kann. Der Prozentsatz der ausgeprägt psychopathischen Elemente unter den Fürsorgezöglingen ist ein so großer, daß unbedingt dafür gesorgt werden muß, daß jemand da sei, der dieselben richtig auf- und anzufassen versteht. Dazu kommt die viel größere Zahl von psychisch minderwertigen und auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehender Individuen unter den Zöglingen. Es ist ja auch ganz natürlich: Dasselbe Milieu, das Verbrechen und die Verwahrlosung, das sozial-

Digitized by Google

nd und die Trunksucht zeitigen einerseits das Fürsorgebedürfnis wie sie lererseits den Boden für die Entwicklung der Psychopathien abgeben.

Sehr interessant war mir in dem Vortrage des Herrn *Kluge* die Erhnung, daß es ihm schwierig, ja zum Teil unmöglich gewesen sei, die für Beurteilung erforderlichen anamnestischen Angaben zu erhalten. Ganz selbe Erfahrung habe ich s. Z. gemacht. In der Tat berücksichtigen die Preußen für die Landratsämter vorgeschriebenen sehr ausführlichen Fragen nicht die für den Arzt notwendigen Punkte. Es müssten die die redität, die physische und psychische Entwicklung betreffenn Fragen, wie sie für die Einweisung in Irrenanstalten üblich d, in die Fragebogen aufgenommen werden. Ich möchte glauben, l es nur einer Anregung an maßgebender Stelle bedürfen werde, um dies erreichen. Damit wäre schon viel gewonnen. Mit Freude zu begrüßen re dann weiter ein Vorgehen, wie es Herr *Tippel* in seinem engeren Kreise ibt hat und über welches sein Vortrag uns berichtet, wie überhaupt e Bestrebungen, welche darauf abzielen, die Auffassungsd Denkweise der Anstaltsleiter und Pädagogen an Fürsorgeziehungsanstalten mehr in anthropologische Bahnen zu leiten. ine Herren, dieses Ziel, über welches ja in dieser Versammlung Meinungsschiedenheiten nicht bestehen dürften, hat nicht nur seine ideelle und hwissenschaftliche Bedeutung, sondern — und das sollte nicht übersehen rden — die Sache hat ihre eminent praktische Seite, an welcher das tionalvermögen mit vielen Millionen interessiert ist, die heute auf Strafahren und Gefängniskosten verwendet werden müssen, ohne daß der hutz der Gesellschaft gegen die asozialen Elemente in genügendem Maße eicht ist.

Herr *Pelman* bemerkt in persönlicher Sache, daß die Angaben in den hriften der nichtärztlichen Idiotenpfleger nur auf Mißverständnis oder ngelhafter Wiedergabe beruhen können, — daß es ihm nie eingefallen sei, h gegen eine ärztliche Leitung auszusprechen.

Herr *Binswanger:* Hält eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und dagogen in Zeitschriften usw. im Interesse der Idioten wohl für möglich d bittet, aus vorübergehenden Meinungsverschiedenheiten keine prinzipiellen gensätze zu konstruieren.

Herr *Möller:* In der angeregten Frage über die Leitung der Anstalten r Idioten und Schwachsinnige dürften folgende Erwägungen in Betracht mmen. Es ist naturgemäß leichter, von einem größeren wissenschaftlich d beruflich bearbeiteten Gebiet aus sich über ein kleineres Nachbargebiet orientieren, als umgekehrt. In ersterer Lage befindet sich der Psychiater genüber der pädagogischen Behandlung von Idioten u. dgl. Schon ein rgleich der Vorbildung für die fraglichen Berufe läßt dies mit Deutlichkeit kennen. Die seminaristische Lehrerbildung, welche die gewöhnliche Grundge für die pädagogische Idiotenbehandlung bildet, umfaßt bekanntlich drei hre. Während dieser Zeit wird indessen von den Seminaristen, wie ich

Digitized by Google

aus Erfahrung berichten kann, noch soviel materielles Wissen angeeignet, daß für die eigentliche pädagogische Ausbildung in Summa nur etwa die Hälfte der Zeit, also ca. 1½ Jahre aufgewendet wird. Weiterhin muß hervorgehoben werden, daß die allgemeine pädagogische Ausbildung im Seminar keineswegs für Erziehung und Unterricht von Idioten u. dgl. ausreichende Kenntnisse vermittelt und vermitteln kann. Dieser pädagogischen Vorbildung gegenüber steht beim Psychiater die fünfjährige Dauer des medizinischen Studiums und die besondere wissenschaftliche und praktische Ausbildung in psychiatrischen Anstalten. Weiter muß betont werden: Es handelt sich bei Idiotie und verwandten Zuständen, wie wir bereits gehört haben, keineswegs allgemein um abgelaufene Krankheitserscheinungen. Dazu kommt, daß auch andere Zustände von Geistes- und Nervenkrankheiten in zahlreichen Fällen von Idiotie und Schwachsinn als danebenbestehend oder interkurrent auftretend nachgewiesen sind. Die Entscheidung, ob im Einzelfalle eine psychische Erscheinung noch in der physiologischen Breite liegt oder ob dieselbe bereits eine pathologische, also hier eine psychiatrische, ist, unterliegt daher ausschließlich und unbedingt dem Urteil des Psychiaters. Die Frage, ob ein „Zögling" einer mehr oder weniger pädagogischen Beeinflussung oder einer psychiatrischen Behandlung bedarf, diese Frage ist eben schon eine psychiatrische. Diese Tatsache allein beweist schon, daß gerade die grundlegenden Entscheidungen in Erziehung und Unterricht von Idioten und Schwachsinnigen den Psychiatern zustehen, daß diese daher auch allein zur Leitung entsprechender Anstalten befähigt sind.

Herr *Seelig:* Anknüpfend an die verschiedenen Bemerkungen sei an den Unterschied der Bedeutung des Wortes Fürsorge erinnert. Einerseits bezieht es sich auf die im engeren Sinne Hilfsbedürftigen, andererseits ist die Fürsorgeerziehung eine gerichtlich angeordnete Maßregel für jugendliche Verbrecher. Auf letzterem Gebiete stehen mir die Erfahrungen aus der Fürsorgeerziehungsanstalt zu Lichtenberg bei Berlin zur Verfügung. Das Material daselbst hat schon längst zur Heranziehung eines Psychiaters geführt. In der Tat ist es vonnöten. Zur Beobachtung und Behandlung kommen die verschiedensten psychopathischen und neurotischen Individuen. Es verlangen besonders die dort untergebrachten Elemente nach Beachtung seitens der Psychiater, weil sich aus diesen Jugendlichen die späteren „geisteskranken Verbrecher" nicht selten rekrutieren und dieses zu eventuellen Vorkehrungen Anlaß geben muß.

Herr *Weygandt* (Schlußwort): Es sollte kein spezieller Gegensatz zwischen Lehrern und Psychiatern konstruiert werden. Gerade die Lehrer sollten sich an die Ärzte halten, statt den Theologen die Kastanien aus dem Feuer zu holen. — Die zwei sächsischen Anstalten entsprechen den Hilfsschulen der Städte mit dem Ziele, die Schüler entlassungsfähig zu machen, auf dieser Stufe stehen aber sonst nur sehr wenige Anstalten. — Die „Denkschrift" wimmelt von Unrichtigkeiten, um so dringender ist es notwendig, den ärztlichen Standpunkt zu wahren. Wertvoller noch als Resolu-

Digitized by Google

onen und Kommissionen würde das persönliche Wirken jedes einzelnen rztes und besonders auch das aufklärende Verhalten der Psychiater in aßgebenden Stellen den Behörden gegenüber sein.

Herr *Kluge* (Schlußwort): Eine klare Stellungnahme den Vorstößen der ädagogen und Theologen gegenüber erscheint auch aus folgendem Anlaß ötig: In der Stettiner Konferenz für das Idiotenwesen werden dem Psychiater ie Anstalten für nichtbildungs- und -beschäftigungsfähige Idioten mit dem inweise übergeben, der Arzt könne daselbst ja auch seine „Versuche" an-ellen. Dieser Ausdruck kann zweifellos irreführen und tatsächlich führt ner der folgenden Redner auch an, daß ja der Arzt auch durch Schädel-ufmeißelung seine Forschungen betreibe. In der Art und Weise, wie solche ienhaften Angaben vorgebracht werden, liegt zweifellos die Gefahr, daß das ublikum prinzipiell gegen den Arzt mißtrauisch gemacht wird und in dem-elben nicht einen humanen Fürsorger, sondern einen kalten und gefühllosen rzt sieht; es muß hier geradezu an vivisektorische Experimente denken.

Herr *Meltzer* (Schlußwort): Herr *Weygandt* hat meinen Standpunkt in einem Schlußwort schon zum Teil gerechtfertigt; er weiß auch, daß die etzigen sächsischen Erziehungsanstalten für Schwachsinnige mehr Landes-ilfsschulen als Idiotenpflegeanstalten sind; die letzteren sind schon jetzt nter ärztlicher Leitung und werden es auch künftig sein. Im übrigen sollten eine Vorschläge auch nur ein Provisorium sein, wie ich wiederholt betont abe, damit in einer Übergangszeit die deutsche Psychiatrie auch in den von ir für zweckmäßig erachteten Unterrichts- oder Erziehungsanstalten für ichtere schwachsinnige Kinder sich frei und ungehindert betätigen kann. ch kann daher mich wohl den gefaßten Resolutionen anschließen.

Herr *Tippel* (Schlußwort): Macht nochmals darauf aufmerksam, daß die estrebungen eines Teils der Anstaltsleiter, die Beurteilung der Fürsorge-rziehung vom psychiatrischen Standpunkte zu verbreiten, auch von psychia-rischer Seite gutgeheißen werden müssen.

Er stellt den Antrag: Der Deutsche Verein für Psychiatrie legt den ortrag von *Tippel* den amtlichen Stellen, die in der Fürsorgeerziehung ntscheidend sind, vor und regt an, daß die Belehrung der Fürsorger in den sychopathien gefördert werde und die in dem Vortrage angeregten Gesichts-unkte berücksichtigt werden. (Ein Widerspruch erfolgt nicht.)

Der Antrag *Anton* wird einstimmig angenommen; zu Mitgliedern des enen Ausschusses werden gewählt die Herren *Anton*, *Moeller*, *Tuczek*, *Weygandt*.

Ebenso wird der Antrag *Siemens* einstimmig angenommen mit einem von Herrn *Ganser* eingebrachten Zusatzantrag: von diesem Beschlusse den ämtlichen deutschen Regierungen Kenntnis zu geben.

Digitized by Google

III. Sitzung.

Sonnabend, den 29. April morgens ½9 Uhr.

Vorträge:

8. Herr *K. Vogt*-Langenhagen: „Über das Studium hochdifferenzierter Mißbildungen des Zentralnervensystems."

Das Studium der hochdifferenzierten Mißbildungen bildet den Inhalt einer besonderen Forschungsrichtung der teratologischen Hirnforschungsmethode (*v. Monakow*), deren Zweck es ist, nicht allein eine Erkenntnis der anatomischen Form dieser Objekte zu erreichen, sondern vielmehr diese nutzbar zu machen für die Entwicklungsgeschichte des Gehirns überhaupt. Einerseits kann eine genetische Betrachtungsweise dieser Anomalien, da es sich ja um Resultate einer gestörten Entwicklung handelt, als die anspruchloseste gelten, die nicht allein die mannigfachen, zum Teil jeder Analogie entbehrenden anatomischen Merkwürdigkeiten uns erschließen hilft, sondern es wird auch eine der Aufgaben dabei in Angriff genommen, die sich uns bieten bei der Frage nach der Anatomie des Zentralnervensystems idiotischer Individuen.

Die Entwicklung jedes Organs zerfällt in zwei Abschnitte, von denen der erste, die formative Phase, die Anlage der prinzipalen Organteile (beim Gehirn der fünf Hirnbläschen) darstellt. Auf dieser bauen die Vorgänge der zweiten, organogenetischen Phase, auf, während welcher der innere Ausbau, die Herstellung der spezifischen Struktur erfolgt. Beim Gehirn besteht die Leistung der organogenetischen Entwicklungsphase in dem Ausbau der Architektonik. Die Schwierigkeit der Betrachtung besteht in der zeitlichen Koinzidenz, in der alle Hirnteile sich architektonisch ausgestalten, so daß eine Möglichkeit der histologischen Unterscheidung der einzelnen Elemente ebenso wie eine genaue Abgrenzung der einzelnen Verbandsteile nicht besteht. Damit fallen für diejenigen Untersuchungsmethoden, die für die formative Phase so erschöpfendes leisten, die Angriffspunkte weg. Wie würde dennoch ein Einblick sich ermöglichen? Offenbar dadurch, daß es gelänge, einen Teil, losgelöst von dem Zusammenhang mit den übrigen, isoliert für sich zu betrachten. Die Erfüllung eben dieser Bedingungen haben wir in den höher differenzierten Mißbildungen vor uns.

Wenn die Leistung der organogenetischen Phase in der Herstellung der Architektonik liegt, so muß eine Störung in dieser Entwicklungszeit notwendig eine Durchbrechung der Architektonik mit sich bringen. In der Tat ist dies der Fall. Diese Störungen der Architektonik, die bei den höheren Mißbildungen niemals fehlen, bestehen

1. in den sogenannten „Heterotopien" der grauen Substanz,
2. in Anomalien der Markbildung (Fensterblumenfiguren, aberrierte Bündel usw.),
3. in der unfertigen Innenstruktur der grauen Verbände.

Digitized by Google

An den Heterotopien sind wir imstande, die Entwicklung der grauen erbände zu studieren. Die bisher bekannten Formen (Untersuchungen beonders der Züricher Schule, dann von *Anton, Probst* usw.) bilden eine enetische Reihe parallel den Entwicklungsstadien der grauen Verbände. s lassen sich dementsprechend verschiedene Formen von Heterotopien in ner zusammenhängenden Kette normieren, die von der ersten Anlage grauer erbandsteile (einzelne versprengte Ganglienzellen) hinüberleiten zu den rtigen Formen derselben (verlagerte Rindenkomplexe). Besonders interssant sind die Heterotopien der Kleinhirnrinde. Hier zeigt sich, daß die *rkinje*schen Zellen stets dieselben Lagebeziehungen an der Grenze der anulierten und der Körnerschicht (also wie in der normalen Rinde) behren. Andererseits zeigt die bisher dreimal beobachtete Heterotopie der ive (*Marchand, Meine, v. Monakow*) stets dieselben topographischen Lageziehungen innerhalb der Medulla oblongata. Diese Gesetzmäßigkeiten, die h in verschiedenartigen Fällen prinzipiell wiederholen, zeigen, daß nicht llkür, sondern ein bestimmter Modus auch die pathologische Entwicklung herrscht.

Diese Gesetzmäßigkeiten am normalen Objekt zu studieren, ist unglich, weil hier die Genese des einzelnen Teils verdeckt wird im Gleichtritt der Gesamtentwicklung. Deshalb ging *Roux*, um die Wirkungsweise Einzelfaktoren zu erkunden, auf die Isolierung in der Entfaltung der ifte aus, und er tat es, indem er Mißbildungen erzeugte, durch das Eximent. Die Entwicklung der im Zweizellenstadium des Froscheies isolierten en Eihälfte zeigt, inwieweit Selbständigkeit und Abhängigkeit der twicklung die Genese derselben beherrscht. Diese Grundfaktoren werden h in der Hirnentwicklung offenbar. Dieselben Wirkungstätigkeiten, welche Genese der ersten Anlage beherrschen, kehren wieder in der Entwicklung hochkomplizierten Organs (*Roux*). So wird von der experimentellen zur nschlichen Teratologie die willkommene Brücke geschlagen (*v. Monakow*).

Die Selbständigkeit der Entwicklung im Gehirn, die Selbstdifferenzierung gt sich z. B. an den Sinnesorganen, wo bei völligem Hirnmangel doch die zifischen Teile entstehen. (Ohr *Veraguth*, Auge *Petrén, Leonowa*, Olfakus *v. Muralt*). Bei Anencephalie fand *Veraguth* die sensiblen Kopfglien differenziert. Die Spinalganglien entwickeln sich selbständig bei ia bifida (erste Beobachtung dieser Art *v. Monakow*) usw. Die Kraft der bstdifferenzierung geht soweit, daß eher ganz paradoxe Faserverbindungen haffen werden, als daß die ganze Anlage zugrunde geht (Fall *Nägeli*). Architektonik ist ebenso wie die Myelinisation unabhängig von der ge, ob auf dem geschaffenen Boden eine Funktion möglich ist.

Die Abhängigkeit der Differenzierung bezieht sich darauf, daß im Laufe Entwicklung bestimmte Hirnteile berufen sind, sukzessive in die Getung anderer einzugreifen. Der Thalamus legt sich auch bei völligem gel des Hirnmantels in rudimentärer Weise an, eine Differenzierung seiner ne tritt aber nur bei normaler Großhirnentwicklung ein.

Digitized by Google

Selbstverständlich kann nur eine kritische Betrachtung der Mißbildunge und ihres anatomischen Befundes zu einer Verwertung für die Gesetze de normalen Entwicklung führen. Eine Analyse der Erscheinungen der Mißbil dung ist daher Vorbedingung. Der Grundzug des Wesens der Mißbildung is die Fixation einer bestimmten Entwicklungsphase. Es liegt im Wesen de Keimgewebes begründet, daß die Phase in der Folgezeit allerlei Modifika tionen erleiden kann. Pathologische Prozesse, die der Mißbildung zugrund liegen, oder die eine sekundäre Erkrankung darstellen, können das Bild ver wischen.

Die teratologische Hirnforschung ist eine Methode für sich zur Er forschung der Evolution des Gehirns.

9. Herr *Engelken jun.*-Alt-Scherbitz: Psychiatrisches aus Englan und Schottland.

Die Irrengesetze in England und Schottland stellen ausführlich Spezialgesetze dar, welche die Materie bis ins einzelne regeln. In beiden Länder bestehen zentrale Aufsichtsbehörden, dem Parlament gegenüber für ge naue Ausführung der Gesetze verantwortlich. Sie besitzen große Befugniss über alle, die mit dem Irrenwesen überhaupt zusammenhängen und stelle auch für die Kranken einen mächtigen Schutz dar (z. B. strafrechtliche Ver folgung von Personen, die ihre geisteskranken Angehörigen mißhandeln). Si sind die Disziplinarbehörde für die Angestellten im Irrenwesen, welche nich in unserem Sinne Beamte sind. Das Aufnahmeverfahren ist äußers verklausuliert und hat zur Folge, daß die ihm unterworfenen Personen ge richtlich für geisteskrank erklärt werden. Jeder Kranke hat das Recht vor Richter vernommen zu werden, welchem auf Grund von zwei unabhängige ärztlichen Gutachten die Entscheidung über die Anstaltspflegebedürftigkei zusteht.

Die öffentlichen Anstalten werden von den Grafschaften od Distrikten erbaut, und verrechnen die gesamten Unterhaltungskosten de Kranken gegen die Armenbehörden, welche nur soweit die Gelder wieder einziehen dürfen, als dieselben nicht zum Unterhalt der Familie des Kranke erforderlich sind. Besonders hervorzuheben sind die Registered Hospitals Privatanstalten, deren sämtliche Überschüsse wieder für die Anstalt ver wendet werden müssen, als eine sehr gut arbeitende Versorgung der selbst zahlenden Kranken mit beschränkten Mitteln.

Die Familienpflege in Schottland versorgt zurzeit ca. 3000 Patient und erzielt eine jährliche Ersparnis von ca. 280000 M. Die Pfleglinge werde von allem Anstaltsmäßigen losgelöst, stehen direkt unter Aufsicht der „Kom missioners“ und werden außerdem vom Arzte ihres Ortes vierteljährlich be sucht. Ihre Unterbringung ist Sache der Armenbehörden unter Aufsicht de Kommissioners.

Im Bau der großen öffentlichen Anstalten geht man in Schottland jetzt systematisch zum Villensystem über, während man in England an de

Digitized by Google

bauung großer, durch Korridore verbundener Pavillonkomplexe festhält. gentliche Offen-Tür-Behandlung gibt es in Schottland wenig, in England st gar nicht.

Ein besonderer Fortschritt in Schottland wird durch systematische Verndung von weiblichem Pflegepersonal auf Männerabteilungen ielt, welches sich seit Jahren sehr gut bewährt. Kontraindikationen sind große Erregung und sexuelle Reizbarkeit. Vorbedingungen sind Hebung s Personales überhaupt, Ausbildung, zweckmäßige bauliche und dienstliche richtungen. Die ausführliche Arbeit von Dr. *Robertson, Larbert,* Journal mental Science, April 1902 enthält alles notwendige, ist aber im Orginal chzulesen, da das Referat darüber von *Ganter* ein falsches Bild gibt.

Einige Projektionsbilder nach eigenen Aufnahmen des Vortragenden ben eine Anschauung einzelner Anstalten und Einrichtungen zu vermitteln.

Eigenbericht.

Die satzungsgemäß ausscheidenden Vorstandsmitglieder *Siemens* und ner werden durch Akklamation wiedergewählt.

Die Rechnungsprüfer *Alter*-Leubus und *Zinn*-Eberswalde haben die resrechnung geprüft und richtig befunden; sie beantragen, dem Kassenrer Entlastung zu erteilen; das geschieht einstimmig.

Auf Antrag des Kassenführers wird der Jahresbeitrag wieder auf 5 M. gesetzt und ferner die Summe von 1000 M. aus dem Vereinsvermögen der ke-Stiftung zugewiesen.

10. Vorlage eines Bogens für Feststellung der Erblichkeit.

Herr *Schüle*-Illenau hat folgendes Krankheitsschema entworfen:

Krankheitsschema.

I. Anthropologisch.

1. Nach Seite der psychopathischen Konstitution:
   ob vorherrschend
   a) affektive Anomalien
   b) intellektuelle Anomalien
   c) trophische „
2. Nach Seite des psychopathischen Charakters:
   a) angeborene Charakteranomalien — Bizarrerien, Absonderlichkeiten
   b) psychische Minderwertigkeiten
   c) sittliche Defektzustände.

II. Klinisch.

a) Melancholie . . . . . .
b) Manie . . . . . .
c) Primäre chronische Paranoia . . . . . .
d) Primäre Demenz inklusive Imbezillität . . . . . .

Digitized by Google

e) Sekundäre Demenz- und sekundäre paranoische Zustände . . .
f) Juvenile Psychosen:
   α) einfache Zustandsformen mit günstigem Ausgang,
   β) Verblödungsprozesse (katatoner oder hebephrener Natur).
g) Senile Psychosen, mit besonderer Anmerkung prämaturer Arteriosklerose.
h) Periodische und zirkuläre Psychosen:
   α) echte degenerative Form (endogene Entstehung, mitbegleitend Trophoneurose, meist auch Moral Insanity),
   β) konstitutionell-rezidivierende Formen (in symptomatologisch gleichen oder äquivalenten Zustandsbildern, meist exogene Ursache).
i) Akute (delirante) Seelenstörungen (akute Paranoia-, Amentia-, Stupor-Zustände).
k) Organische geistige Hirnleiden: Paralyse und verwandte Zustände.
l) Epileptische, hysterische und neurasthenische Seelenstörungen.
m) Intoxikationen — in specie Alkoholismus.
n) Unbestimmte klinische Formen:
   α) voraussichtlich prognostisch günstig,
   β) „ „ ungünstig.

A. Haupttabelle.

Name . . . . . .
Stand . . . . . .
Geburtstag . . . . . .
Geburtsort . . . . . .
Wohnort . . . . . .

1. Diagnostischer Befund bei der Aufnahme:
   a) klinische Form (s. Schema)
   b) mutmaßliche Ursache der Geisteskrankheit.
2. Gesundheitsstatus bei der Entlassung (inklusive den sich anschließenden temporären Nachfragen über das Befinden nach der Entlassung).
   a) geheilt . . . . .
   b) gebessert . . . .
   c) ungebessert . . .
3. Heredität in direkter Aszendenz bis zu den Urgroßvätern.
   a) Sind Geisteskrankheiten — und in welcher klinischen Form, inklusive Verbrechen — bei den Verwandten in direkt aufsteigender Linie vorhanden, eventuell auch konstitutionelle Erkrankungen, Krampfneurosen, Diabetes, Fettleibigkeit, Gicht?
   b) In welchem näheren Verwandtschaftsgrad stehen die einzelnen erkrankten Aszendenten mit dem (der) Aufgenommenen?

Digitized by Google

c) Sind äußere Verhältnisse als mitbedingend für den Ausbruch der Psychose bei dem erkrankt gewesenen Aszendenten vorhanden (Lues, Milieu)?
d) Ähnelt Patient mehr dem Vater oder der Mutter oder einem geisteskrank gewesenen Seitenverwandten?

B. Nebentabelle.

Haben Geisteskrankheiten — und welche — auch in den Seitenlinien Geschwistern, Onkel usw.) stattgefunden?

C. In der Ehe Erkrankte.

1. Ist Erblichkeit auch bei dem andern Gatten vorhanden?
   In diesem Falle Fragestellung nach der Haupttabelle 3, a, b, c.
   a) Sind Geisteskrankheiten — und in welcher klinischen Form, inklusive Verbrechen — bei den Verwandten in direkt aufsteigender Linie vorhanden, eventuell auch konstitutionelle Erkrankungen, Krampfneurosen, Diabetes, Fettleibigkeit, Gicht?
   b) In welchem nähern Verwandtschaftsgrad stehen die einzelnen erkrankten Aszendenten mit dem (der) Aufgenommenen?
   c) Sind äußere Verhältnisse als mitbedingend für den Ausbruch der Psychose bei dem erkrankt gewesenen Aszendenten vorhanden (Lues, Milieu)?
2. War der (die) Kranke schon vorher geistig erkrankt gewesen?
   a) in ledigem Stande?
   b) in der Ehe?
3. Liegen ursächliche Momente in den äußeren ehelichen Verhältnissen (Milieu)?

D. Geisteszustand der Nachkommen.

1. Sind dieselben geistig abnorm oder sonst auffällig? (Imbezillität, Idiotie)?
2. In welcher zeitlichen Reihenfolge der Geburt stehen die geistig abnormen Sprößlinge zu den gesunden Geschwistern?
3. In welchem Lebensabschnitt der Eltern resp. des erkrankt gewesenen Parens fand die Geburt statt?

Schüle-Illenau.

An Stelle des am Erscheinen verhinderten Herrn *Schüle* sprechen zur ndung die Herren *Thoma* und *Mendel*.

Herr *Thoma-Illenau:* Nachdem Referent im Auftrag von Herrn Geheim-*chüle* dessen Bedauern über sein Nichterscheinen ausgedrückt sowie rgehoben hat, daß demselben vor allem daran gelegen sei, daß überhaupt und zwar etwas gemeinsames in der Erblichkeitsfrage geschehe, geht f die praktische Ausführung der vorgeschlagenen Sammelforschung über.

Digitized by Google

Er sucht zunächst die Befürchtung zu zerstreuen, daß damit viele Arbeit verknüpft sei und empfiehlt zu diesem Zwecke den einfachen Modus, wie er in der Anstalt Illenau seit einiger Zeit geübt wird. — Das Verfahren besteht darin, daß ein einheitliches Stammbaumschema verwendet wird, das neben den direkten Vorfahren nur noch die Geschwister des Kranken und dessen Eltern, aber keine Seitenlinien enthält. In dieses Schema werden mit verschiedenen Farben die einzelnen Krankheitszustände eingetragen, wodurch man leicht übersichtliche graphische Darstellungen erhält. Um möglichst vollständige Auskunft zu erhalten, wird bei der Aufnahme ein die nötigen Fragen enthaltendes Formular den Angehörigen zur Ausfüllung mitgegeben. —

Das Formular sowie einige ausgefüllte Stammbäume werden demonstriert.

Herr *Mendel*: Die Produzierung eines neuen Fragebogens ruft immer gewisse unangenehme Gefühle hervor. Daß der hier von Herrn *Schüle* vorgelegte einem wirklichen Bedürfnis entspricht, hat derselbe in der vorjährigen Sitzung ausführlich und meiner Ansicht nach in überzeugendster Weise dargetan. Ich will hier seine Ausführungen nicht wiederholen, nur zwei Punkte hervorheben: einmal die Frage, welche Gefahren sind für ein Individuum, das vor der Eingehung der Ehe geisteskrank war, in derselben zu befürchten, andererseits die, welche Wahrscheinlichkeit der Erkrankung besteht für die aus einer solchen Ehe hervorgegangene Descendenz.

Zur Beantwortung der Frage ad 1 liegt kaum irgend ein sicheres statistisches Material vor. Es erscheint mir solches aber um so notwendiger, als nicht bloß Laien, sondern auch geachtete Psychiater in der Ehe für solche, welche vorübergehend geisteskrank waren, gewissermaßen ein Schutzmittel gegen Neuerkrankung sehen. Was aber die Descendenz anbetrifft, so mögen folgende Zahlen zeigen, wie unsicher unsere Kenntnis von der Bedeutung der hereditären Belastung ist.

Jenny Koller fand unter 370 Geistesgesunden 59 %, bei Geisteskranken 76,8 % erbliche Belastung, *Strohmayer* sah in 30 % trotz erblicher Belastung und trotz der mannigfachsten Schädlichkeiten des Individuallebens dieses gesund bleiben.

Jarvis, *Aubanel* u. a. fanden bei 4 % ihrer Geisteskranken erbliche Belastung, *Moreau* bei 90 %.

Danach scheint es wirklich an der Zeit, von gleichen Grundsätzen ausgehend, an einem großen Material die einschlägigen Fragen zu prüfen. Dazu bietet das Schema, das uns *Schüle* bot, meiner Ansicht nach eine gute, wenn auch noch der weiteren Prüfung bedürftige Unterlage. In bezug auf C (in der Ehe Erkrankte) und D (Geisteszustand der Nachkommen) wird wohl wenig zu ändern sein. Die Hauptdifferenz zwischen den verschiedenen Schulen dürfte sich in bezug auf die Aufstellung der klinischen Formen ergeben. Hier würde neben der Aussonderung der Idiotie, der Intoxikationspsychosen, der organischen Psychosen (spez. progr. Paralyse), der epileptischen und hysterischen Psychosen eine Verständigung zum Zwecke des Schemas zu erstreben sein, indem wir vielleicht ohne bestimmte Namensnennung akute

Digitized by Google

ronische und periodische Psychosen unterscheiden. Ich schlage vor, unsern rstand zu bitten, das weitere nach dieser Richtung hin zu veranlassen, um s im nächsten Jahre ein allgemein akzeptiertes Schema vorlegen zu können.

Diskussion: Herr *Alzheimer* hält weitere Forschungen über die heredi- en Verhältnisse bei den Geisteskrankheiten für sehr wichtig, bezweifelt er, ob auf dem vorgeschlagenen Wege brauchbare Ergebnisse zu erreichen en. Die Ausfüllung solcher Fragebogen sei schwierig und in großen An- lten und Kliniken mit vielen Aufnahmen kaum sorgfältig durchzuführen. verliere ein größeres Material leicht an Einheitlichkeit und Genauigkeit. würde einer in kleinerem Umfange, aber mit der größten Sorgfalt nur in er einzigen Anstalt ausgeführten Erhebung mehr wissenschaftlichen Wert rkennen als einer großen Sammelforschung. Dann sei aber auch der Verein t nötig. Schließlich würde auch die Diagnosenstellung große Schwierig- en bereiten; mit den vorgeschlagenen wüßte nicht jeder etwas anzufangen eine Einigung würde nicht leicht zu erzielen sein. Für bedenklich und ilig müsse er es erklären, wenn jetzt schon die Irrenärzte gesetzgeberische Iregeln für eine Rassenhygiene hinsichtlich der psychischen Degeneration ern wollten. Dazu sei jedenfalls nötig, daß man mit einem ganz anderen tzeug von wissenschaftlichen Tatsachen, als wir es heute besitzen, unsere äge begründen könnten.

Herr *Moeli* klärt Herrn *Alzheimer* dahin auf, daß es sich hierbei um e neue Verpflichtung zur Ausfüllung eines neuen offiziellen Fragebogens lelt, sondern nur um die Schaffung einer einheitlichen Grundlage für die ler Erblichkeitsforschung Arbeitenden; diesen soll der *Schüle*'sche Bogen Benutzung empfohlen werden.

Herr *Mendel*: Irgendwelche weiteren Maßnahmen zu beraten war von herein durch die Erklärung des Herrn Vorsitzenden ausgeschlossen, auch erseits nicht beabsichtigt. — Wenn Herr *Alzheimer* nicht bestreiten kann, eine Statistik nach der angeführten Richtung hin zweckmäßig und not- lig sei, dürfen uns technische Gründe von der Mitwirkung nicht abhalten.

Die folgenden Thesen des Hern *Schüle* werden der Versammlung vor- t. aber einer Beratung der vorgerückten Zeit wegen nicht unterworfen.

Thesen zur Beratung.

Praktische Vorschläge für die Frage der Verheiratung frühe- eisteskranker oder Belasteter, als einstweilige prophylaktische ıahmen, bis ärztlicherseits unsere statistischen Untersuchungen zu einer uern Stellungnahme und zu besonderen Ratschlägen befähigen.

Diese Maßnahmen sollen sich ausdehnen:

1. Auf die Fürsorge seitens der Fachärzte und deren Organe, und zwar:
   a) Durch Verbreitung von Aufklärung über die einschlägigen Punkte — teils durch uns selbst, teils durch unsere ärztlichen Kollegen,

Digitized by Google

auch durch einsichtige Menschenfreunde aus der Laienwelt, namentlich aber durch die Patrone der Hilfsvereine.

2. Durch staatliche Mitwirkung. Hier wären

a) Bestimmungen anzustreben, wonach die zu jungen Heiraten möglichst vermieden resp. eingeschränkt würden. Es wäre schon jetzt für eine künftige Revision des Bürgerlichen Gesetzbuches die gründliche Erwägung der Jahresreife zum Eingehen eines Ehebündnisses ins Auge zu fassen; meines Erachtens sollte diese auf männlicher Seite nicht unter 23 Jahren, auf weiblicher nicht unter 18 Jahren festgesetzt werden (Dispensmöglichkeit eingerechnet).

b) Die finanzielle Auskömmlichkeit des künftigen Ehepaares muß als zureichend zu erachten sein.

c) Der Ehepartner muß das Recht haben, sich über die Gesundheitsverhältnisse des andern Teils zu erkundigen resp. von diesem ein Gesundheitszeugnis zu verlangen, welch letzteres sich auf alle in Betracht kommenden Fragen, namentlich auch über bestehende oder früher bestandene Infektionskrankheiten (speziell geschlechtliche) zu verbreiten hätte, desgleichen über früher überstandene Psychopathien, alkoholistische Tendenzen, Perversitäten usw.

d) Dieses Zeugnis soll aber nicht von einem einzelnen Arzt, sondern von einem staatlich eingesetzten und in seinen Befugnissen geschützten „Gesundheitsrat" ausgestellt werden und namentlich auch die genealogischen Verhältnisse vom Standpunkt der Vererbbarkeit enthalten.

e) Auf dieses Attest hin lautet das Votum des Gesundheitsrats entweder zustimmend, oder es erhebt Bedenken in der Steigerung: mahnend, warnend, abratend.

Häufig rezidivierende Psychopathien rechtfertigen eine fürsorgliche Entmündigung, eventuell schon während des Anstaltsaufenthalts.

Ein Heiratsverbot wäre zu erlassen: bei schweren Periodikern und Cyklikern; bei Paralytikern; bei eingewurzelten chronischen Hysterischen und Epileptikern, speziell mit komplizierendem Irresein (ausgebildetem epileptischen und hysterischen Charakter); bei degenerierten chronischen Alkoholikern; endlich bei Geistesschwäche, welche ein soziales Fortkommen nicht ermöglicht.

Grundsatz für den Begutachter resp. Aussteller des Attestes sei: nicht zu engherzig und nicht zu streng; gegenteils aber fest und bestimmt bei ärztlicherseits gesicherter Sachlage.

f) Die erwähnte Maßnahme soll keine obligatorische, sondern eine fakultative sein, kann aber bei einzelstehenden Personen, die durch ihr geistiges Verhalten oder durch notorische frühere Erkrankungen suspekt sind, auch seitens der Behörde verlangt werden.

Die Zeugnisse selbst sind kostenlos auszustellen.

Digitized by Google

g) Beim Zuwiderhandeln seitens des Ehepartners verwirken diese die rechtlichen Ansprüche auf alle Konsequenzen, die aus einer Mißheirat sich ergeben, speziell das Recht auf Ehescheidung. Nicht eine prinzipielle Ablehnung der letzteren (welche gegenteils von unserm ärztlichen, die Progenies bedenkenden Standpunkt oft unterstützt werden müßte), wohl aber Verzicht auf die soziale Vergünstigung durch Auflösung der Ehe, besonders auf das event. Recht der Wiederverheiratung. (Selbstverständlich gehört dieser wichtige Punkt einer künftigen Revision der Gesetzgebung an, wäre aber jetzt schon ins Auge zu fassen.) — Gegenüber von Kommunen, welche trotz Belehrung über das Votum des Gesundheitsrats ignorierend hinweggingen und den Ehekonsens auch im Falle des Abratens erteilten, könnte in Aussicht gestellt werden, daß bei einer etwaigen, später nötigen Aufnahme in die Anstalt nicht auf finanzielle Erleichterungen oder staatliche Beihilfen zu den Verpflegungskosten sicher zu rechnen wäre. *Schüle.*

11. Herr *Schultze*-Greifswald: Weitere Beobachtungen über Militärgefangene. Vortr. berichtet über 51 Militärgefangene, die er in 1½ Jahren in der Bonner Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu beobachten Gelegenheit hatte.

4 litten an Imbecillität. *Sch.* schildert diese Fälle etwas genauer und betont, daß ihre Intelligenzschwächen nicht mehr physiologisch ist. Denn einmal finde sich bei den anderen Militärgefangenen kein derartiger Defekt; dann aber zeigten diese Imbezillen eine Reihe anderweitiger psychischer Anomalien und auch körperliche Störungen; schließlich hatten sie durch ihr Vorleben und Verhalten beim Militär ihre Krankheit bekundet.

7 zeigten das Bild des manisch-depressiven Irreseins, vorwiegend in der Form der Depression, 10 das Bild der Dementia praecox, meist in der Form der Hebephrenie. 14 Militärgefangene wurden als epileptisch angesprochen, 12 als hysterisch. Einer von diesen letzteren litt an einer hysterischen Parese eines Arms, die sich an eine leichte Verletzung angeschlossen hatte; bei allen anderen handelte es sich um hysterische Dämmerzustände.

Hierzu kamen noch je ein Fall von typischem degenerativem Irresein, von Verschrobenheit, von ausgesprochener pathologischer, hochgradigster Reizbarkeit, und schließlich ein Neurastheniker, der im Gefängnis erkrankt war und sich einen Meineid hatte zu schulden kommen lassen.

Sch. verfügt jetzt über ein Material von 100 Militärgefangenen, die während eines Zeitraumes von 5½ Jahren den Anstalten Andernach und Bonn zugeführt worden sind. 7 sind unehelich geboren. 25 sind als unsicher eingestellt. Ein Diagramm veranschaulicht die Zusammensetzung des ganzen Materials nach den verschiedenen Krankheitsbildern. Unter den Imbezillen überwiegen die Arbeitssoldaten. Die Dementia praecox ist mehrfach zufällig gelegentlich der Behandlung eines körperlichen Leidens im Lazarett entdeckt.

Digitized by Google

Epilepsie und Hysterie sind annähernd mit der gleichen Zahl vertreten; dies gilt nicht nur für die Militärgefangenen, sondern auch für die Arbeitssoldaten allein. Es ist nicht warscheinlich, daß die Hysterie durch die Einzelhaft ausgelöst wurde, wie dies *Sch.* früher annahm. Relativ groß ist die Zahl der Bestrafungen wegen Diebstahls bei den Hysterischen, sowie die wegen Majestätsbeleidigung bei den Epileptikern.

Die Hälfte der an Imbezillität und Dementia praecox Erkrankten ist wegen Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung bestraft. Die Zahl der entsprechenden Fälle ist sowohl bei der Hysterie als auch bei der Epilepsie und dem manisch-depressiven Irresein etwa $^2/_3$.

26 Individuen haben sich einen tätlichen Angriff zu schulden kommen lassen. Der pathologische Rausch spielt hierbei eine große Rolle.

Der größte Teil der Militärgefangenen (etwa $^2/_3$) ist auch ziviliter vorbestraft und zwar zum Teil sehr erheblich. Nur sehr selten wurde seitens der bürgerlichen Gerichte die Frage der Zurechnungsfähigkeit angeschnitten.

Die gebotenen Krankheitsbilder waren in einer sehr großen Zahl schwer zu deuten.

Sch. begründet kurz noch einige weitere Forderungen.

Nicht nur im bürgerlichen Leben sondern auch in der Armee und Marine wird der Psychiatrie in der letzten Zeit berechtigterweise sehr viel mehr Beachtung geschenkt. Forderungen psychiatrischen Inhalts sind schon erfüllt durch das verständnisvolle Entgegenkommen der Heeresverwaltung. Die Erfüllung der noch bestehenden Wünsche ist danach sicher zu erwarten.

(Eigenbericht.)

Diskussion: Herr *Steinhausen* möchte die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, dem Vortr. für die durch seine Arbeiten gewordene Anregung der Sanitätsoffiziere Dank auszusprechen. Zweifellos ist das Interesse für die Psychiatrie in den Kreisen der Armee im Zunehmen begriffen.

12. Herr *Näcke*-Hubertusburg. Spätepilepsie im Verlaufe von chronischen Psychosen. Solche zuerst 1896 durch Cristiani bekannt geworden (7 Fälle), 1903 ein weiterer Fall veröffentlicht, sonst schweigt alles darüber bis auf einige Andeutungen. Also das Symptom abnorm selten! Vortr. hatte ein Material von 12 Personen (6 M., 6 W.), im Alter von 38—76 Jahren, von denen nur 4 verheirathet. Anamnese über Erblichkeit, Anlagen, Entartungszeichen usw. war nicht zu gebrauchen. Bis auf einen Fall (Paranoia) gehörten alle der Dementia praecox-Gruppe an, sicher oder sehr wahrscheinlich. Sie waren 7—50 Jahre in Anstalten gewesen. Der erste Anfall zeigte sich am häufigsten nach einem Aufenthalte von 6—15 Jahren. Die Krisen sind dieselben wie bei genuiner Epilepsie, nur mit einigen Nuancen. Die Anfälle treten selten auf, mehrmals überhaupt nur einmal, mit Intervallen bis zu mehreren Jahren, meist nachts, häufiger stark oder gemischt mit leichten Schwindeln, mit Fehlen von Schwindeln allein oder Status epilepticus.

Digitized by Google

häuft waren sie mehrmals. Aura zeigte sich vielleicht in 1—2 Fällen, epileptische, meist kurzdauernde Phänomene häufiger. Äquivalente vielht in 3—4 Fällen. Aber selbst häufigere Anfälle erzeugten keinen Blödn noch verschlimmerten sie schon bestehenden. Die Prognose also ist t schlecht, die Pathogenese noch ganz in Dunkel gehüllt, wie bei gemlicher Epilepsie, und Therapie meist nicht nötig. (Selbstbericht.)

Diskussion: Herr *Pick* macht seine Bedenken dagegen geltend, daß auf ileptischen Anfall hin in 5 der Fälle schon die Diagnose auf Epilepsie ellt werde, wie dies schon *Westphal* vor Jahren gesagt.

Herr *Näcke* weiß sehr wohl, daß manche einen einzigen Anfall noch t ohne weiteres als epileptisch auffassen. In seinen Fällen war aber der all ganz klassisch, so daß Vortr. keinen Anlaß hatte, ihn nicht als solche ustellen. Die französischen Autoren stehen zum Teil auf demselben ndpunkt.

13. Herr *Seelig*-Lichtenberg: Über Wechselwirkung zwischen Alkoismus und der Entwicklung chronischer Psychosen.

Unter Zugrundelegung des großen Materials der Berliner Anstalt Herzberge t Vortr. diese Frage. Einleitend wird die Wirkung der Alkoholintoxikation das Manifestwerden schon bereits vorher bestehender Geistesstörungen achtet. Es ist dies von Wichtigkeit, weil in diesen Fällen die Aufnahme die Anstalt häufig erst die Folge der dazu kommenden Alkoholexzesse dadurch bedingter Konflikte mit den Polizeiorganen wird. Das Manifestlen einer Paralyse, arteriosklerotischen Geistesstörung oder seniler Demenz alkoholistischen Störungen und die beschleunigende Wirkung der letzteist bekannt. — Ähnlich wie bei Kopftrauma oder Epilepsie durch Komtion mit Alkoholismus bildet sich nicht selten bei psychischer Disposition chiedenster Art sozusagen ein multiplikatorisches Verhältnis aus. Meist t erst das Produkt diese Individuen in die Anstalten und gewinnt rnden Einfluß auf ihren Zustand. Beispiele liefern die Degenerierten, Imbezillen, die Psychopathen. Hingewiesen wird auch auf das Verhalten erischer und neurasthenischer Zustände als Ursache und Wirkung des holismus (Phobien). Von Psychosen im engeren Sinne, bei denen sich gte Wechselwirkungen nachweisen ließen, wurden solche aus der Gruppe manisch-depressiven Zustände verschiedentlich beobachtet. In den Kreis Betrachtung gezogen werden müssen auch viele der rezidivierenden, durch hol hervorgerufenen Dämmerzustände und der Bewußtseinsstörungen in- Alkoholvergiftung im Sinne *Moelis*. In den Fällen, bei denen es zur ematisierung resp. Wahnbildung kommt, lassen sich, wie *Wernicke* für Prognose der Halluzinosen hervorhebt, fast stets anamnestisch hereditäre stung oder psychisch disponierende Momente eruieren. Erwähnt werden er Fälle, wo bei chronischen Trinkern zeitweise systematisierte Wahnn in gleicher Weise auftraten, die zugleich mit alkoholistischen Symptomen nach Alkoholmißbrauch zur Erscheinung kamen. (Es erscheint fraglich,

Digitized by Google

ob diese Ideen in der Zwischenzeit gänzlich verschwinden.) Außer den bekannteren Formen der chronischen Wahnbildung wurden auch unter anderem Fälle beobachtet, die dem typischen Querulantenwahn (ohne Sinnestäuschungen) gleichen. Endlich kamen auch Fälle mit Symptomen aus der Gruppe der Katatonie oder Dementia praecox zur Beobachtung, bei denen Alkoholismus als ätiologischer Faktor nicht bezweifelt werden konnte. Das Resümee und die Schlüsse, die Vortr. des weiteren aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende:

Falls einer Bezeichnung nach der Ätiologie Wert beigelegt wird, empfiehlt es sich dort von alkoholischen Psychosen zu reden, wo Alkoholismus bei der Genese eine hervorragende Komponente gewesen ist.

Bei der Entstehung der meisten atypischen und vieler chronischen Erkrankungen der Gewohnheitstrinker ist ein individueller psychologischer Faktor bemerkbar, der mit dem chronischen Alkoholismus in Wechselwirkung tritt. (Es steht dies im Einklang mit ähnlichen Wirkungen bei manchen anderen äußeren ätiologischen Momenten.)

Bezüglich der Prognose ist zu entnehmen, daß die nichtalkoholische Komponente schon für resp. gegen die Durchführbarkeit der Abstinenz und in diesem Sinne wirksam sein kann. Aber auch ohne Alkoholzufuhr ist diese Komponente zur Bewertung der weiteren Krankheitserscheinungen heranzuziehen.

Die Tatsache, daß bei den geschilderten Krankheitszuständen in der Regel eine Wechselwirkung zwischen Disposition oder individueller Anlage und Alkoholismus vorliegt, ist in den Fällen zu berücksichtigen (z. B. bei Ehescheidungen, Kassen- und Unterstützungsfragen, zweifelhafter strafrechtlicher Verantwortlichkeit), wo ein durch Trunkfälligkeit entstandener pathologischer Zustand noch als durch eigenes Verschulden hervorgerufen angesehen wird.

14. Herr *Heilbronner*: Haftenbleiben und Stereotypie.

Vortr. berichtet über Untersuchungen, die speziell zu dem Zwecke angestellt wurden, die allgemein-pathologische Auffassung des Symptoms des Haftenbleibens und seine Beziehung zur Stereotypie zu klären; berücksichtigt sind in erster Linie die sprachlichen hierhergehörigen Leistungen bei den verschiedenen Krankheitszuständen.

Als Haftreaktionen definiert er Fehlreaktionen, bei denen der Kranke auf eine Aufgabe so reagiert, wie er es bei einer früheren Aufgabe richtig getan hat oder hätte tun sollen. Die Erscheinung ist zuerst von *Lissauer* in einem Fall von Seelenblindheit, seitdem vielfach bei Aphasischen beobachtet worden. Daß sie in diesen Fällen als eine sekundäre, durch den Anfall bedingte Störung aufzufassen ist, wird allgemein anerkannt.

Dagegen ist die Auffassung des Symptomes strittig, wo es bei Psychosen beobachtet wird, *v. Soelder* sieht das Wesentliche in der „besonderen Intensität, mit der sich die haftende Vorstellung aufdrängt" und erklärt

Digitized by Google

Annahme eines primären Ausfalls für unnötig. Ihm haben sich im entlichen *Ziehen*, *Binswanger*, *Raecke* und, mit einer gewissen Reserve, *epelin* angeschlossen. Dagegen hatte Vortr. schon früher die Meinung estellt, daß generell ein primärer Ausfall erst zum Haftenbleiben führe. alog *Mendel*, *Liepmann* und neuerdings *Bernstein*.) *Pick* läßt nament- die Ermüdung eine Rolle spielen. *R. Vogt* ist namentlich an der Hand Experimentaluntersuchungen von *Müller* und *Pilczeker* und von Befunden *mers* zu Resultaten gekommen, die den Ansichten des Vortr. nahe- en.

Vortr. hat deshalb versucht, die Reaktionen auf Aufgaben von ver- denen Schwierigkeitsgraden zu prüfen; war für das Auftreten der Haft- tion die besondere Intensität der haftenden Vorstellung ausschlaggebend, ar eine Beeinflussung durch die Schwierigkeit der Aufgabe nicht zu rten, andernfalls mußten sich wenigstens gewisse Beziehungen zwischen igkeit der Haftreaktion und Schwere der Aufgabe erkennen lassen. Die hlägigen Versuche sind vornehmlich in postepileptischen Zuständen an- llt. Zunächst ergab sich gelegentlich, daß (NB.! ohne Tastlähmung strict.) bei Tastversuchen Haftenbleiben auftrat, während der gleiche ustand optisch richtig erkannt und bezeichnet wurde. Wurden einiger- n seltenere Gegenstände im Bilderbuche gezeigt, so zeigte sich beim nnungsversuche Haftenbleiben, einfache Gegenstände (im Buche oder tura) wurden richtig bezeichnet. Beim Vorlegen der von Vortr. be- benen Bildchenserien erfolgte sehr häufig bei den ersten (unvollständig chneten) Haftenbleiben, während die späteren (voll ausgeführten) richtig chnet wurden. Die Resultate wurden auch durch recht lange fortgesetzte suchungen nicht wesentlich verschlechtert. Als haftende Vorstellung nicht vorzugsweise die letzte, sondern sehr häufig eine viel frühere tion wieder auf. Die Haftreaktionen erfolgten keineswegs besonders pt, sondern ebenso mühsam und langsam wie die richtigen. (Einiger- n analoge Resultate ergeben sich bei Asymbolischen, wenn man die be durch Vermehrung der zu benutzenden Gegenstände kompliziert.)

Fortlaufende Assoziationsversuche (Aufsagen von Substantiven) ergaben bei einem sehr dementen Paralytiker und ganz ausnahmsweise im epi- chen Stupor deutliches Haftenbleiben, meist blieben auch bei sehr nten Kranken die Wiederholungen sehr spärlich. Dagegen waren sie zahlreich (bei den gleichen Kranken) bei Reaktionen auf Reizworte. hst traten Wiederholungen bei den Reaktionen auf schwere Reizworte Abstracta), während sie bei leichten (Concreta) fehlten; in leichteren nden waren die sich wiederholenden Reaktionen noch einigermaßen ll, erst bei noch schwereren Zuständen kam es zu sinnlosen Wieder- gen, zunächst wieder bei Abstrakten, später auch bei Konkreten. Die etisch zunächst zweifelhafte) Frage, ob die meist noch einigermaßen llen Wiederholungen infolge der Einschränkung der Assoziationsweite *mann*) mit den perseratorischen Fehlreaktionen analogisiert werden

Digitized by Google

dürfen, scheint durch diesen allmählichen Übergang im bejahenden Sinn beantwortet zu werden.

Nach dem Ergebnis der Versuche besteht tatsächlich eine Abhängigke der Haftreaktionen von der Schwere der Aufgabe. Die Unfähigkeit zur Vol ziehung der richtigen Reaktion stellt demnach eine der Bedingungen de Haftenbleibens dar, aber nicht die alleinige Ursache. Die weiteren al gemeinen Bedingungen bedürfen noch der Untersuchung: Benommenheit lie jedenfalls nicht immer vor; maßgebend scheint das Überwiegen der Tenden statt richtig zu reagieren, überhaupt zu reagieren und damit zusammen hängend die mangelnde Fähigkeit, die Schwierigkeit resp. Unlösbarkeit de Aufgabe zu beurteilen. (Daher wohl die starke Tendenz zum Haften i Assoziationsversuch, bei dem schon für den Gesunden die Definition desse was noch als richtig anerkannt werden soll, nicht ganz leicht ist, andrerseit auch bei schweren Fällen angeborenen Schwachsinns das Fehlen vo Haftenbleiben beim Bilderbenennen, so lange dieselben dem Kranken sach liches Interesse einflößen.) Für die Auffassung der allgemeinen Bedingunge für das Zustandekommen des Symptomes geben die Feststellungen vo *Müller* und *Pilezeker* über die affektuelle Hemmung einigen Anhalt.

Der Ausfall der zum Haftenbleiben führt, braucht kein definitiver z sein; der Umstand, daß die Haftreaktion bei der gleichen Aufgabe nich konstant auftritt, daß sie unter Umständen sogar vom Kranken als unrichti erkannt und durch die richtige ersetzt wird, spricht nicht gegen den Ausfall gleiche Schwankungen finden sich bei zweifellos organisch bedingtem Aus fall mit und namentlich auch ohne Haftenbleiben in den Fehlreaktione (*Lissauers* Seelenblinder, zahlreiche Aphasische). Vortr. glaubt sogar an nehmen zu dürfen, daß das Haftenbleiben an sich den Schluß auf eine Ausfall rechtfertigt. Die Ermüdung allein führt im ungeschädigten Gehir nicht zum Haftenbleiben: die Assoziationsversuche bei ermüdeten Kranke haben keine Vermehrung der Haftreaktionen ergeben (*Aschaffenburg*): de Einfluß der Ermüdung ist nicht eindeutig (*Müller* und *Pilezeker*); sehr ermüd bare Kranke (Typhöse) perseverieren nicht sondern versagen; wo es nac wenigen Versuchen zum Haftenbleiben kommt, könnte man höchstens vo einer circumscripten Ermüdung sprechen, die mit dem was man sonst al Ermüdung bezeichnet kaum identisch sein dürfte.

Auch bezüglich des Verhältnisses von Haftenbleiben und Stereotypi sind die Ansichten der Autoren widersprechend: Vortr. (früher) *Sommer Ziehen, Vogt, Runke* nehmen Beziehungen an, *Neisser, v. Soelder, Kraepelin Binswanger* negieren sie. Beide kommen jedenfalls bei den gleichen Kate gorien von Psychosen (Motilitätspsychosen, Epilepsie, Paralyse) am häufigste vor. Eine Differenz besteht insofern, als bei der Stereotypie, speziell de Verbigeration von einer falschen Reaktion, vielfach von einer Reaktion über haupt nicht gesprochen werden kann. Dagegen kann Vortr. nicht anerkennen daß der Stereotypie das Kriterium der Unbeeinflußbarkeit im Gegensatze zu Haftenbleiben zukäme. Er hat weiter beobachten können, daß die gleiche

Digitized by Google

tellungen beim gleichen Kranken bald perseveratorisch, bald verbigera-
:h wiederholt werden. Die Differenz zwischen Verbigeration und Haften-
en sieht Vortr. darin, daß die Verbigeration auch noch das Bestehen
Rededranges zur Voraussetzung habe und er glaubt das Verhältnis so
ücken zu können, daß es zu Stereotypien da kommt, wo Bewegungs-
. Rede-) drang sich unter Bedingungen entwickelt, die zum Haftenbleiben
ihren geeignet sind. Die Besprechung der Frage, wie weit eventuell
hen dem zum Haftenbleiben führenden Ausfall und dem Rededrang ein
ischer Zusammenhang besteht, sowie der nahe damit verwandten, ob
nbleiben auch bei der Regungslosigkeit, der Flexibilitas und den stabilen
ıtypien eine Rolle spielt, soll der demnächstigen ausführlichen Behandlung
ortragsthemas vorbehalten bleiben.

Diskussion: Herr *Pick* macht auf die praktische Bedeutung solcher
bar fernab liegenden Untersuchungen aufmerksam.

Herr *Neisser*: Neben dem vielen Interessanten und wertvollen, was
Heilbronner mitgeteilt hat, möchte ich meine besondere Befrie-
; darüber ausprechen, daß er bezüglich der Entstehung der Ver-
tion zu einer im wesentlichen übereinstimmenden Annahme gelangt
ie ich dieselbe vor 16 Jahren ausgesprochen habe, daß nämlich der
rgang an sich nicht ausreicht zur Erklärung des Phänomens, sondern
ie ich es damals meinte, spezifischen „Hemmungen", welche sich dem
rgange, dem Rededrange entgegenstellen, ein formgebender Einfluß zu-
eiben ist. Die Perseveration kannte ich damals noch nicht oder jeden-
abe ich sie nicht in ihrer ganzen Bedeutung gewürdigt; doch habe ich
damals ausgesprochen, daß es offenbar organisch leichter ist, dieselbe
ation zu wiederholen und wieder zu leisten als durch eine neue,
artige zu ersetzen. Aufgefallen ist mir das Charakteristische und die
Rolle, welche der Perseveration zukommt. Zuerst bei dem Studium
thologischen Schriftproben, namentlich bei solchen von Paralytikern
hasischen Herderkrankungen. In der bekannten *Erlenmeyer*schen Ab-
ng über die Schrift z. B. fanden sich Proben, welche ohne Berücksich-
der Erscheinung der Perseveration gar nicht zu analysieren sind,
lche fanden sich bei *Bastian* u. a., was den genannten Autoren aber
gen war.

Es sind ja nun eine ganze Reihe von Erscheinungen, welche bei einem
enderen Studium der Frage in Betracht zu ziehen sind. Im Anschluß
nickes Lehre von den fixen oder überwertigen Ideen habe ich im
1896 in einem auf dem Münchener Psychologenkongreß gehaltenen
e auf das Andauern und Dominieren bestimmter Vorstellungen unter
gischen Bedingungen aufmerksam gemacht und den Vorgang mit der
eration in Beziehung gesetzt. Es wäre ferner an die Unfähigkeit zur
; und Aufhebung einer vorgenommenen Bewegung, namentlich bei
tikern zu erinnern, wo es manchmal zu einem förmlichen Sichfest-

Digitized by Google

klammern beim Händedruck kommt. Die reinste und typischste Au prägung der Perseveration aber zeigen doch frische Herdk krankungen, namentlich motorisch-aphasische, mögen es nun Paralyti sein oder andere Gehirnkranke. Und wenn man an diese Fälle denkt u andererseits an gut auspegrägte Verbigerationen bei Katatonikern mitten einem langdauernden schweren Attonitätsstadium heraus, kann man eigentl nicht daran zweifeln, daß Verbigeration und Perseveration ganz verschied artige Dinge sind, wenn es auch Zustände gibt, in denen die symptomatus Differenzierung kaum gelingt. Ich meinerseits möchte an der Unterscheidu unbedingt festhalten.

Sehr interessant sind die von Herrn *Heilbronner* mitgeteilten Versuc

Im Anschluß an dieselben erwähnt Redner eigener Versuche, welche bei epileptischen Dämmerzuständen angestellt hat und wobei er von ä lichen Gedankengängen sich habe leiten lassen wie *Heilbronner* und zu ä lichen Resultaten gekommen sei.

Herr *Moeli* fragt an, ob den geschilderten analoge Verhältnisse w auch im Gedankenablauf und bei den Reaktionsweisen Gesunder sich na weisen lassen.

Herr *Heilbronner* (Schlußwort) erwidert zunächst Herrn *Moeli*, daß Begünstigung der zuletztabgelaufenen Vorstellungen auch im normalen stande statthabe, und die Frage eben strittig sei, ob die besondere günstigung unter gewissen krankhaften Zuständen auf einen Ausfall zur zuführen sei.

Herrn *Neisser* gegenüber betont Vortr. das Vorkommen von Flexibil cerea bei Asymbolie infolge von Herderkrankung und die geringe Ten (nicht etwa Unfähigkeit) dieses Kranken, sich in die Hände gelegter Geg stände zu entledigen.

Im Anschluß an die Bemerkungen des Herrn *Pick* betont auch V dieWichtigkeit der Untersuchung von Epileptikern, nicht nur während und schwerer psychischer Störung, sondern auch nach Krampfanfällen, die sch bar keine psychische Störungen hinterlassen haben, resp. längere Zeit scheinbarem Ablauf der Psychosen; er macht ferner darauf aufmerksam, derartige überdauernde Symptome (meist im Sinne von Ausfallserse nungen) nicht nur bei Epileptikern, sondern auch bei anderen sehr akut laufenden Psychosen beobachtet werden.

15. Herr *Hübner*-Lichtenberg: Untersuchungen über die Erwe rung der Pupillen auf psychische und schmerzhafte Reize.

Vortr. untersuchte mit der *Westien*schen Lupe bei 7 Meter-Kerze leuchtung unter Ausschaltung von Akkomodation und Konvergenz. Er bei Geistesgesunden regelmäßig nur eine Erweiterung der Pupillen zwar sowohl auf einfache Fragen, als auch dann, wenn er die Aufmerk keit der zu Untersuchenden auf helle Gegenstände lenkte bezw. ihnen gab, sich solche vorzustellen.

Digitized by Google

An zwölf geistesgesunden Frauen fand er nach Alkoholgenuß (½ Fl. ;wein oder 2—3 Fl. Bier) den Lichtreflex nie verändert, die Reaktion auf chische Reize nur in zwei Fällen ganz leicht gesteigert. Vortr. glaubt ht, daß diese beiden Fälle zu irgendwelchen Schlüssen berechtigen.

Bei drei von sechs Studenten, die regelmäßig Alkoholexzesse begingen, lte er bei bestimmter Anordnung des Versuches nach Genuß von 6 bis Taschen Bier eine erhebliche Steigerung sowohl des Lichtreflexes, wie der siblen und Psychoreaktion fest. Auch bei den drei übrigen war eine, rdings nicht ganz so deutliche Steigerung vorhanden.

Die dritte Gruppe von in der Alkoholintoxikation Untersuchten rekru- te sich aus dem zur Aufnahme in die Anstalt Herzberge gelangenden erial. Entsprechend dem Umstande, daß diese Fälle in der letzten Zeit der Aufnahme dauernd unter Alkohol gestanden hatten, machte sich die nende Wirkung dieses Giftes sowohl auf psychischem, wie auf dem Gebiete hier besprochenen Reaktionen (einschließlich des Lichtreflexes) in erster e geltend.

Von den bei Geisteskranken erhobenen Befunden hebt Vortr. diejenigen Dementia praecox besonders hervor. Dieselben stimmen mit den von ihr bereits publizierten völlig überein. Abweichend von dem genannten er stellt er fest, daß bei Imbezillen die psychische Reaktion nur ganz en fehlt. Er fand sie in sieben von acht Fällen erhalten.

Schließlich geht Vortragender auf die Beziehungen der Reaktionen zum treflex und zur Pupillenweite ein. Er betont, daß er ein Abhängigkeits- ältnis zwischen diesen Faktoren sicher nachweisen konnte und begründet e Behauptung außer mit den angeführten Alkoholversuchen mit Befunden traumatischen Psychosen, bei denen sich in 3 von 5 Fällen eine Steige- ; aller Reaktionen zeigte.

Vortr. schließt aus seinen Untersuchungen, daß man das Fehlen der ßiblen und Psychoreaktion differential-diagnostisch verwerten könne. Dem gestellten Zusammenhang zwischen Lichtreflex, Pupillenweite, sensibler Psychoreaktion mißt er hohe Bedeutung für die Erklärung der Phäno- e bei und stellt weitere, ausführliche Mitteilungen hierüber in Aussicht.

(Autoreferat.)

16. Herr *Rohde*-Königsbrunn: Die psychiatrischen Aufgaben bei Behandlung Nervenkranker in offenen Heilstätten.

Nach eingehender Würdigung und kritischer Erläuterung der hervor- nden Fortschritte, die die Neuropathologie auf dem Boden natur- enschaftlicher Denkart und methodischer Forschung erfahren hat, nte der Vortr. namentlich die Vorteile, die der Lehre von den Nerven- ßheiten aus einer verbesserten, nach bewußten Zielen strebenden kli- hen Untersuchungs- und Beobachtungsrichtung, sowie aus der psycholo- hen Analyse der Einzelsymptome erwachsen sind. Je mehr sich nun ere Kenntnisse auf den einzelnen Sondergebieten vertieften, je metho-

Digitized by Google

discher wir vorgingen, um so eher entledigten wir uns der Fesseln oft in
halts- und kritiklosen Spekulations- und leeren Hypothesenunwesen
das uns selbstredend auf keinem der mannigfaltigen Gebiete erspart blie
um so unbefangener vermochten wir uns zu einer geläuterten grundsätz
lichen Einsicht durchzuringen, die darin gipfelt, daß, wie und wo imme
Heilwissenschaft geübt und gelehrt würde und auf welches Endziel der Ve
vollkommnung unsere therapeutischen Bestrebungen gerichtet sein möge
das Erkenntnisobjekt nicht etwa die grobe und feine anatomische Gliederun
nicht die generelle Analyse der gesunden und krankhaften Lebensfunktione
nicht die experimentell erzeugbare Krankheit, sondern einzig und allein de
individuell kranke Mensch selbst bleibt. Die allgemeine Klinik ist des
halb auch heute noch der Mittelpunkt der wissenschaftlichen Medizin: sie i
die Vermittlerin von Wissenschaft und Kunst. Der Arzt kann die Kenntni
des Neuen nicht mehr entbehren; der Arzt, welcher vom Neuesten nich
Kenntnis nahm, ist bald überflügelt. Mit wahrhaft verblüffender Geschwindig
keit wechselt eine sogenannte Methode und löst die andere ab; geradezu
widerstandslos verhält sich mancher moderne Therapeut gegenüber den Trug
bildern und der Überflut sich rasch verdrängender therapeutischer Lehr
meinungen und doktrinärer Lehrsätze, wobei er von einem Extrem in das
andere verfällt und im blinden Autoritätsglauben des sicheren Bodens eigenes
objektiven Urteils beraubt wird. Neben dem wissenschaftlichen Wert und
Unwert einer Methode kommt noch ein anderes schwerwiegendes Moment in
Betracht, nämlich die — Mode. Auch die Medizin und besonders die
Therapie hat ihre Moden. Ein jeder verlangt für seine Krankheit womöglich
besondere Mittel und Heilmethoden, welche seiner Individualität, seiner Natur
und seinen Ideen angepaßt und sympathisch sein sollen. Heutzutage wird
die Bedeutung einer Heilmethode nicht selten sogar durch die Nachfrage be
stimmt und das Vertrauen des Publikums zu ihr gilt als berechtigtes Moment
für ihre Wertschätzung in der Praxis. Eine geradezu verblendende, dem neu
zeitlichen Hasten und Jagen äquivalente, der Besonnenheit und dem ruhigen
Abwägen abgewandte Polypragmasie tritt nicht einmal und immer zum
Heil und Nutzen der Kranken in Erscheinung und verleiht dem ärztlichen
Handeln ein eigenartiges und sonderbares Gepräge. In den Händen unduld
samer Fanatiker leisten Luft- und Sonnenbäder, die Lichttherapie in ihren
extremen Auswüchsen, Radioaktivität der Heilquellen, Vegetarismus und
Trockendiät, sowie übertriebene einseitige Handhabung des gesamten Rüst
werkzeugs der Hydro- und Elektrotherapie, Massage und Heilgymnastik
schematischen und schablonenhaften Anordnungen unleidsamen
Vorschub und drohen den eisernen Bestand selbst sonst so bewährter und
allgemein anerkannter Hilfsmittel der physikalisch-diätetischen Rich
tung in den Augen des denkenden Arztes und eines vorurteilsfreien Publikums
zu erschüttern und zu diskreditieren. Die Geschichte der Medizin und ihre
Irrtümer redet im Hinblick auf diese Erscheinungen im besonderen eine un
abweisbare deutliche Sprache und mahnt einen Jeden, der sich ihren Lehren

Digitized by Google

t verschließt, zu vorsichtigster Schlußfolgerung und zu allerengster Selbstkritik; sie beweist uns gleichzeitig, wie selbst die im emeinen aufs schärfste gehandhabte wissenschaftliche Kritik nicht vor Übertreibungen in der Praxis zu schützen vermocht hat. zahlreichen, zum Teil sehr prägnanten Beispielen aus der alltäglichen is, die sich auf „Abhärtung", auf „Mißgriffe bei Wasserkuren", auf die erproduktion an neuen Heilmitteln", auf Enttäuschungen der hygienisch-etischen Methode, auf den Begriff der „Überernährung", auf die unterledslose Verordnung der „Freiluftliegebehandlung" u. dgl. m. beziehen, l zu erweisen versucht, wie oft hier, vielfach unbeabsichtigt und unbet im Übereifer das richtige Maß überschritten und über das Ziel hinausgessen wird. Nach dem Grundsatz, daß sich in einer weisen Beschränk der Meister zeigt, wird einer gewissermaßen konservativen Rich-. welche sich bemüht, neben den erfreulichen neueren und neuesten ngenschaften das bewährte Alte nicht verloren gehen zu lassen, das t geredet.

Es wird ferner versucht, diejenigen Schädigungen des ärztlichen Allgewissens hervorzuheben, welche auf dem speziellen Arbeitsgebiet der opathologie erkennbar sind, und die sich ebenfalls als ein unerwünschtes nprodukt der Bereicherung unseres Einzelwissens darstellen. Sie hängen den vorerwähnten Nachteilen eng zusammen und bedeuten nicht nur n Verlust an ärztlichem Wissen und ärztlicher Kunst auf dem engen ete der Nervenkrankheiten, sondern beeinträchtigen auch das ärztliche en und Können im allgemeinen.

„Es ist der Mangel an Fähigkeit, den individuellen Typus der erkten Persönlichkeit erkennen zu können, Interesse zu finden an denen Krankheitsmerkmalen, die mit den exakten physikalischen und chehen Untersuchungsmethoden nicht erkannt und erforscht werden können, ern die nur von der individuellen nervösen Reaktion des ankten Individuums abhängig sind" (*Binswanger*).

Bei den Nervenkrankheiten tritt ein Etwas in den Vordergrund, das t in der Medizin keine so exklusive Rolle spielt, nämlich der psychische tor, das seelische Element. Speziell bei der Behandlung Nervenker drängen sich uns die widerspruchsvollsten Erfahrungen auf und nur ft lernen wir einsehen, daß wir mit den einfachsten Mitteln, bei rster Beschränkung der Methodik viel mehr ausrichten und die allern Erfolge erzielen. Die Einfachheit der Anwendungsformen bei Nervösen in psychiatrischen Motiven.

„Jeder wahrhaft große Arzt, ist zur Hauptsache „psychischer" Arzt", r so bedeutsame als wahre Ausspruch eines so eminenten Praktikers des alten *Heim* ist uns von *Roller* übermittelt worden. Natürlich in der ptsache, womit nicht gesagt ist, daß die übrigen Heilmittel weniger wertsind, nur sind und bleiben sie Hilfsmittel; während die seelische Einung zum Hauptmittel wird.

Digitized by Google

Nach einer eingehenden Skizzierung der wesentlichen Aufgaben, wie sie im engeren Anstaltswirken in der Persönlichkeit des Arztes, in seiner Bestimmung als wahrer Mensch und berufener Heilkünstler, in der Macht und dem Einfluß auf das Gemüt des Leidenden, in der Psychologie der Kranken, im Geiste der Ethik wie Hygiene, in der erzieherischen Tätigkeit des Arztes unter ständiger Mitwirkung des Patienten und in vollster Würdigung der psychischen Konstitution zu suchen sind, glaubte der Vortr. seinen Darlegungen ein direkt aktuelles Interesse insofern beimessen zu dürfen, als sie die Diskussion der erst vor wenigen Tagen wiederum lebhaft angefachten Frage nach der Trennung der Neurologie von der Psychiatrie als Lehrfach von rein praktischem Standpunkt zu fördern vermöchte. Hat auch die Neurologie, wie eingangs erwähnt, ihre Wurzeln in der inneren Medizin, so ist sie dennoch, wie der Vortr. in bestimmter Richtung zu erweisen bemüht war, auf der anderen Seite mit der Psychiatrie unlöslich verbunden. Auch der Neurologe vom Fach kann einer gründlichen psychiatrischen Vorbildung nicht entraten, auch er muß, will er erfolgreich behandeln, psychiatrische Denkart sich zu eigen machen. Gern geben wir zu, daß die wissenschaftliche Forschung in erster Reihe Selbstzweck ist, aber wir dürfen nie vergessen, daß ihr letztes Ziel auf das Krankenbett gerichtet ist. Nur so wird sie den Anforderungen der heutigen Zeit Genüge tun, nur so kann sie den Arzt befähigen, zu wirken zum Besten der Menschheit, wie zum Besten seiner Wissenschaft, seiner Kunst und seines Standes.

17. Herr *Reich*-Lichtenberg: Zur feineren Struktur der Zelle der peripheren Nerven. Während unsere Kenntnis von der Struktur der zentralen Nervenzelle oder der Ganglienzelle in den letzten Jahren insbesondere durch die Darstellung der *Nissl*schen Granulationen und die Darstellung der Neurofibrillen und der pericellulären Netze eine ungeahnte Förderung erfahren hat, stehen unsere Kenntnisse bezüglich der Struktur der Zelle des peripheren Nerven, oder wie man sie auch bezeichnet, der Zelle der *Schwann*schen Scheide resp. der *Remak*schen Kerne, im großen und ganzen noch auf derselben Stufe wie zur Zeit der Entdecker dieser Gebilde, nämlich *Ranvier* und *Remak*s. Wenn wir uns das von *Edinger* in seinem bekannten anatomischen Lehrbuche darüber gegebene Bild und die dazugehörige Beschreibung ins Gedächtnis rufen, so handelt es sich um langgestreckte, spindelförmige Zellen, die teils das Nervenmark etwas einbuchten, teils den Kontur der Nerven etwas ausbuchten, die innerhalb der *Schwann*schen Scheide gelegen sind und einen ovalen großen Kern zeigen, der ein deutliches Kernkörperchen enthält und neben welchem sich einige protoplasmatische Körnchen befinden. Eine jede solche spindelförmige Zelle liegt ungefähr der Mitte des interannulären Segmentes an. Außerdem ist noch bekannt, daß hin und wieder rundliche, mit Osmium sich schwärzende, vereinzelte myelinartige Kugeln in diesen Zellen vorkommen, die sich mit Osmiumsäure schwärzen und die insbesondere von *Elzholz* eingehender gewürdigt sind. Das ist aber auch alles

Digitized by Google

bisher über diese Zellen, die man bisher allgemein der *Schwann*schen
le zugerechnet hat, bekannt ist.

Tatsächlich hat sich aber durch mikrochemische und farbenanalytische
uchungen, die Vortragender im Laufe einer Reihe von Jahren in dem
torium der Anstalt Herzberge vorgenommen, ergeben, daß diese Ge-
eine sehr komplizierte und eigenartige Struktur besitzen, die sie von
nderen Zellen vom Gewebe des Körpers unterscheidet.

Der erste, der von diesen Strukturen etwas gesehen hat, allerdings
u einem sicheren Verständnis und zu einer richtigen Anschauung dar-
n gelangen, ja ohne überhaupt zu erkennen, daß das, was er vor sich
ie Zellen der interannulären Segmente sind, war *Adamkiewicz*. Er
eb als Nervenkörperchen eigentümliche, spindelförmige, zellartige Ge-
mit Kern und reichem Protoplasmaleib, die dem Nerven anliegen und
n Querschnitt sich seiner Peripherie als kleine Halbmonde anschmiegen,
e er mit Saffraninfärbung darstellte. Er bildete ihr Protoplasma
n ab, erwähnte auch in seiner ersten Publikation nichts von einer
rten Beschaffenheit derselben. Dieselben sollten innerhalb der
nschen Scheide liegen und mit den *Ranvier-Remak*schen Kernen nichts
haben, sondern Gebilde eigner Art darstellen. Nach der Annahme
mkiewicz kommen diese Nervenkörperchen nur bei Menschen, niemals
ren vor und stellen Gebilde dar, die das menschliche Nervensystem
ber dem aller Tiere unterscheiden. Über ihre Funktion und Bedeutung
im übrigen zu keiner bestimmten Anschauung. Unabhängig von
ewicz kam *Rosenheim* zur Auffindung derselben Gebilde. Er fand sie
bung von Nervenfasern mit basischen Anilinfarbstoffen. Er zeigte,
se Bildungen Zellen darstellen, die eine Körnung enthalten, welche
basischen Anilinfarbstoffen metachromatisch färbt. Auf Grund dieser
erklärte er sie in Übereinstimmung mit *Benda* für Mastzellen. Er
dieselben kämen ebenso, wie sonst überall im menschlichen Körper,
egewebe zur Entwicklung und fänden sich gelegentlich als Ausdruck
her Entzündung in allen, dem Bindegewebe des Nerven angehörigen
also auch in denen der *Schwann*schen und *Henle*schen Scheide.
also nach *Rosenheim* nicht ein normaler, sondern ein pathologischer,
ziemlich bedeutungsloser Befund im Nerven. *Adamkiewicz* hat
ch späterhin in neuen Arbeiten die Angaben *Rosenheims* und *Bendas*
fen und seine eigenen Anschauungen zu vertreten gesucht, er ver-
aber keine sicheren und neuen Stützpunkte beizubringen und so
die Frage der Nervenkörperchen vorläufig im Sinne *Rosenheims* er-
wenigstens ist sonst von keiner Seite irgendwie zu der Angelegenheit
genommen worden.

n selbst kam auf diese Gebilde, ausgehend von der Untersuchung der
denen Konkremente des zentralen Nervensystems. Außer den Amy-
ern und Sandkörpern kommen hier häufig insbesondere an Alkohol-
en eigentümliche, teils kugel-, teils rosettenförmige Gebilde zur Beob-

Digitized by Google

achtung, die sich mit basischen Anilinfarbstoffen meist deutlich metachromati färben. Diese Bildungen decken sich wohl größtenteils mit denjeni Konkrementen, die früher zu einer Diskussion zwischen *Nissl* und *R* Anlaß gegeben haben, indem sie von ersterem als eigenartige pathologis Befunde, von letzterem, was wohl auch im wesentlichen das Richtige tr als Kunstprodukte der Alkoholwirkung aufgefaßt werden. Indem ich di Gebilde vom zentralen Nervensystem bis ins Rückenmark und weiterhin die Nervenwurzeln verfolgte, wo sie meist der Oberfläche des Nerven Form von Klumpen aufliegen, bemerkte ich im Nerven selbst die eigentümlich mit Thionin, das ich mit Vorliebe für diese Untersuchungen verwertete, v es sehr schöne metachromatische Farbentöne liefert, sich karmoisinrot benden Granulationen, die, den Nervenkörperchen *Adamkiewiczs*, den Mastze *Rosenheims* entsprechend, in die Winkel zwischen die Nervenfasern gedrä auf dem Querschnitt die Nervenfaser in Form von Halbmonden umget Ich hatte zuerst auch die Neigung, diese Gebilde für Mastzellen anzusel wegen der basophilen Natur der in ihnen enthaltenen Körner. Mir aber schon damals auf, daß diese Granulationen manche Eigentümlichke besitzen, die den Mastzellen im allgemeinen nicht zukommen. Die K chen der Mastzellen des Bindegewebes, wie wir sie zum Beispiel in typis Weise in der Froschzunge finden, wie sie aber auch in den Hüllen des hirns und Rückenmarks des Menschen und in pathologischen Fällen a im Gehirn selbst, in der Umgebung der Gefäße sich finden, sind im allgemei erheblich kleiner, sie sind stärker lichtbrechend. Der Farbenton, den sie Thionin annehmen, ist nicht ein karmoisinroter, sondern ein mehr blauviolet Dazu kommt, daß die Kerne der Mastzellen sich mit Anilinfarbstoffen weder gar nicht oder nur ganz diffuse färben, während die Kerne uns Zellen, wenigstens an Alkohol- und Formolpräparaten, einen großen Kern wohlausgebildeter Kernkapsel und einem großen runden Kernkörper besitzen, in dem man bisweilen noch eine helle rundliche Lücke beme Auch die regelmäßige Anordnung dieser Gebilde im Nerven, die sich sonders auf Längsschnitten zeigt, war mir sehr auffallend. Trotzdem mochte ich damals noch zu einer sichern Unterscheidung nicht zu gelan Erst längere Zeit später wurde ich durch mikro-chemische Untersuchun über die Markscheide, die Herstellung und das färberische Verhalten der ihr zu gewinnenden Markstoffe und das Verhalten des in verschiedener (Alkohol, Formol, Sublimat-Müller, Formol-Müller usw.) gehärteten Ner markes gegenüber Extraktionsstoffen zu einer bestimmten Erklärung di Gebilde geleitet. Es zeigte sich nämlich, daß, während die übrigen dem Nervenmark zu gewinnenden Stoffe, das Cholesterin, das Lecithin, Neurokeratin, sowohl in ungehärtetem als auch in gehärtetem Zustande k nähere Verwandtschaft zu den Anilinfarbstoffen besitzen, das Protagon, zuerst von *Liebreich* aus dem Nervenmark dargestellt ist und das ich n dessen Vorschrift gewann, sich mit Thionin in demselben karmoisinr Farbenton färbt, der unseren Granulationen eigentümlich ist.

Digitized by Google

Die Untersuchung ergab weiter, daß, bei Behandlung der Nerven mit
n Alkohol und Äther in erschöpfender Weise, nicht alle Markbestand-
les Nerven entfernt werden. Es war das auch von vornherein zu er-
n, da ja nur das Cholesterin und Lecithin und etwaige Fettbestandteile
ese Weise in Lösung gehen können, dagegen das stets im Nervenmark
tene Protagon, da es nur in auf 45° erwärmtem Alkohol löslich ist, zu-
leiben muß. Das, was von den Markstoffen nach Extraktion in kaltem
ol und Äther zurückbleibt, ist eben das Protagon *Liebreichs*. Es zeigte
nun, daß auch diese Markreste den charakteristischen karmoisinroten
nton mit Thionin annehmen. Als ich nun im weiteren Gange der
uchung es unternahm, durch Einwirkung von warmem Alkohol, die in
arkscheide zurückgebliebenen Protagonklümpchen und Blättchen zu
en, zeigte sich, daß nicht nur diese sich vollständig lösten, sondern
uch gleichzeitig die uns beschäftigenden Granulationen in Lösung
Statt ihrer trat nun in der Umgebung der betreffenden Kerne ein
wabiges Netzwerk in die Erscheinung, daß offenbar den die Granula
ießenden Zelleib darstellt. Es war damit die Frage nach der Natur
Körnchen im wesentlichen gelöst. Es war damit erwiesen, daß die-
zu den in kaltem Alkohol und Äther unlöslichen, in Alkohol von 45°
n Stoffen der Nerven gehören und daß sie aller Wahrscheinlichkeit
us Protagon bestehen. Es wurden nunmehr noch einige weitere Re-
n zum Vergleich angestellt, zu denen mir durch die Freundlichkeit
rrn Professor Dr. *Thierfelder* außer dem von mir selbst dargestellten
n eine Probe des *Liebreichs*chen Originalpräparates zur Verfügung stand.
te sich dabei in allen Reaktionen eine wesentliche Übereinstimmung.
otagon, wie auch die neuentdeckten Granulationen färben sich mit
säure nicht schwarz, sondern nehmen nur einen leicht gelblich bräun-
Farbenton an, sie färben sich rot mit dem Fettfarbstoff Scharlachrot.
on weiteren Reaktionen, die dartun, daß unsere Granulationen nicht
asmatischer Art sind, sei erwähnt, daß dieselben sich unverdaulich
n, daß sie, wenigstens im Zustande der *Müller*-Härtung, gegen Säuren,
kalien, selbst konzentrierte Schwefelsäure und Kalilauge sich sehr
andsfähig zeigten.
ortr. ist sich zwar dessen bewußt, daß alle diese Übereinstimmungen
Löslichkeits- und Färbungsverhältnissen des Protagons und unserer
tionen kein absoluter Beweis dafür sind, daß es sich um Protagon
. Ein in Wirklichkeit absoluter Beweis läßt sich in der organischen
nur durch die Elementaranalyse erbringen und der verbietet sich
h in der Mikrochemie ganz von selbst. Ein solcher Beweis hat noch
racht werden können und kann auch, der Natur der Dinge nach, nicht
t werden, da eine Elementaranalyse nur an chemischen Präparaten,
n im Gewebe steckenden Körnchen möglich ist. Soweit aber eine
heinlichkeit überhaupt sich erbringen läßt, daß es sich hier um Protagon
. dürfte sie durch die vorstehenden Untersuchungen auch erbracht

Digitized by Google

sein. Der Beweis ist jedenfalls ein mindestens ebenso sicherer, als der kombinierte Fettnachweis durch Extraktion mit Äther und Färbung mit Osmiumsäure oder Fettfarbstoffen.

Die Möglichkeit, daß ein bisher unbekannter, dem Protagon ähnlicher Körper vorliegt, bleibt natürlich offen. Wenn man also die äußerste Vorsicht anwenden will, so wäre es gut, von protagonartigen Granulationen zu sprechen. Wenn ich trotzdem den Ausdruck Protagongranulationen anwende, so ist das wohl doch berechtigt, einmal der Kürze des Ausdrucks wegen und dann deshalb, weil außer dem Protagon bisher irgend ein protagonähnlicher Stoff, der die gleichen Reaktionen zeigt, nicht bekannt ist. Vielleicht daß weitere Fortschritte der Chemie hier auch noch weitergehende Differenzierungen ermöglichen werden.

Wir haben also nach vorstehenden Untersuchungen hier eine vollkommen neue Zellgranulation vor uns, die ausgesprochen basophiler Art ist und trotzdem mit der Mastzellengranulation nichts zu tun hat und wir haben hier den Nachweis des Vorkommens eines Stoffes als Zellgranulation vor uns, dessen Vorkommen als morphologischer Zellbestandteil bisher nicht bekannt war, wie überhaupt bisher der Nachweis einigermaßen gut chemisch charakterisierter Stoffe als Bestandteil von Zellen nur sehr selten geführt werden konnte. Es wäre hier nur zu nennen der Fettnachweis in den Fettzellen, der Glykogennachweis im Knorpel, der Nachweis des Mucins in den Becher- und Drüsenzellen.

Die färberischen Eigentümlichkeiten unserer Granula seien noch einmal zusammengefaßt. Dieselben färben sich mit:

Thionin	karmoisinrot
Methylenblau . . .	violett
Toluidinblau . . .	karmoisinrot
Unnas Methylenblau	„
Neutralrot	gelbrot
basischem Fuchsin .	rosarot
Saffranin	gelbrot
Scharlachrot . . .	rot

Sie färben sich nicht mit:

Osmiumsäure
allen sauren Farbstoffen
Methylgrün

Sie sind löslich in:

warmem Alkohol von 45°, warmem Xylol, warmem Terpentin.

Sie sind unlöslich:

in kaltem Alkohol, kaltem Äther.[1])

[1]) Der von *Unna* als Neuromucin bezeichnete, in den Markscheiden des Alkoholnerven durch metachromatische Thioninfärbung nachzuweisende Stoff ist ebenfalls Protagon, da auch er in Alkohol von 45° löslich ist.

Digitized by Google

Nachdem der Nachweis erbracht war, daß die hier vorliegenden Gra-
lationen eigener Art sind, lag es nahe, nun von neuem die Untersuchung
fzunehmen, welcher Art die Zellen sind, die wir hier vor uns haben.
hnittpräparate ergeben darüber keinen sicheren Aufschluß. Auf Quer-
nitten liegen unsere Zellen in Halbmondform um die Nervenfaser herum,
n nimmt wahr, daß zwischen ihnen und der Faser eine Scheide nicht zu
merken ist, doch kann man darüber, wenn der Schnitt nicht genau senk-
ht zur Achse des Nerven gefallen ist, bisweilen auch zweifelhaft sein.
ufig lagern sie sich so in den Winkel zwischen den Nerven, daß man
gar unsicher sein kann, welchem Nerven sie angehören. Auf Längsschnitten
nnen leicht Zweifel über die Zugehörigkeit zum Nerven dadurch entstehen,
ß der Schnitt gerade so fällt, daß er die Zelle vom Nervenmark abtrennt.
sichereren Resultaten gelangt man schon an Zupfpräparaten mit Osmium-
re oder *Müller*scher Flüssigkeit gehärteter Nerven. Hier zeigt sich deutlich,
ß immer eine granulierte Zelle — sobald man dieselben erst kennt, ist es
ch ganz leicht möglich, dieselben am ungefärbten Präparate zu verfolgen
der Mitte eines interannulären Segmentes anhaftet und daß dieselbe
ts zum Nerven und nicht zum Bindegewebe gehört.

Es ist mir gelungen, Zupfpräparate zu gewinnen, an denen 6—7 inter-
nuläre Segmente deutlich zu verfolgen waren, von denen jedes in seiner
tte eine derartige granulierte Zelle trug. Zu noch viel sichereren Resultaten
langt man mit Hilfe einer Methode, die ich zum Zwecke der mikrochemi-
hen Untersuchung von Geweben angegeben habe, nämlich der Methode der
hüttelzentrifugierung. Speziell auf den vorliegenden Fall angewendet, ist
s Verfahren folgendes:

Ein Stück in *Müller* gehärteter Nerven wird in starke Kalilauge gelegt,
s er in einen feinen Brei zerfällt. Die Kalilauge wird nunmehr mit
chlich Wasser verdünnt und dieses in der Zentrifuge von den festen Be-
ndteilen, die sich beim zentrifugieren zu Boden setzen, abgegossen. Nach
hrfachem Auswaschen des Bodensatzes mit Wasser mit Hilfe der Zentrifuge,
rd nunmehr eine Spur des Bodensatzes mit einer Pipette auf den Objekt-
ger gebracht und unter dem Deckglas untersucht. Man sieht dann, daß
s ganze Bindegewebe zerstört und vom Nerven nichts übrig geblieben ist,
s eine große Anzahl frei herumliegender interannulärer Segmente, die frei
der Flüssigkeit herumschwimmen. Man erkennt sie deutlich an ihren
mpfspitzigen Enden, die den *Ranvier*schen Schnürringen entsprechen.
n bemerkt dann, wenigstens in Fällen, wo die Granulationen zahlreich
rhanden sind, daß jeder Nervenspindel in der Mitte ein Häufchen von Pro-
gongranulis anliegt, in deren Mitte sich eine rundliche Lücke befindet, die
m durch die Kalilauge zerstörten Kern entspricht.

Dieses Verhalten beweist mit völliger Sicherheit, daß wir es hier mit
n sogenannten „Zellen der *Schwann*schen Scheide" zu tun haben.

Auffallend ist dabei nur ein Umstand, nämlich der, daß die Granula,
otzdem die Bindegewebsscheide, der sie angehören sollen, durch Kalilauge

Digitized by Google

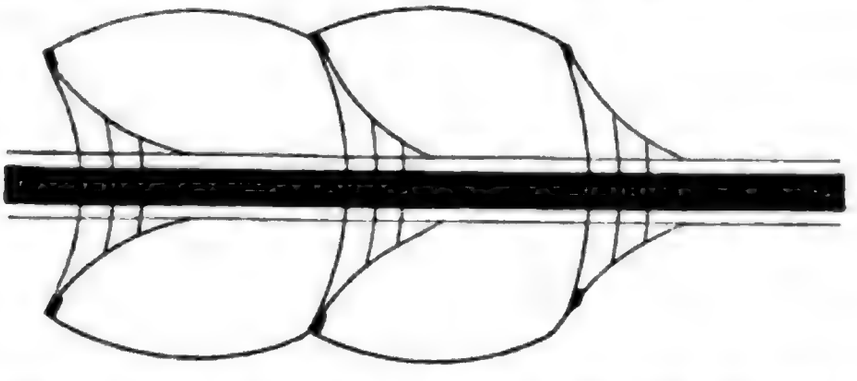
zerstört ist, doch ihre charakteristische Anhäufung in Form kleiner Häufchen die sich als zylindrische Platten dem Nerven anschmiegen, noch deutlich erkennen lassen. Dieser Umstand war für mich der Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen, die mich zu einer von der üblichen Vorstellung weit abweichenden Ansicht über die Bedeutung dieser Zellen führten. Der Umstand daß der Verband der Granulationen nicht durch starke Kalilauge gelöst wird schien mir dafür zu sprechen, daß dieselben zusammengehalten werden durch irgend eine Substanz, welche eine erhebliche Widerstandsfähigkeit gegen Kalilauge besitzt. Es gelang mir, die zwischen den Granulis liegende Substanz darzustellen, sowohl ohne Entfernung der Granula durch besondere Färbungsmethoden, als auch insbesondere nach Entfernung der Granula durch heißen Alkohol, wo sie sich schon im ungefärbten Zustande deutlich als ein wabiges Netzwerk, dessen Balken sich an die Kernmembran ansetzen, präsentiert. Die Beständigkeit dieser Substanz gegen Kalilauge ließ daran denken, daß wir es hier mit der Substanz zu tun haben, die nach *Kühne's* Versuchen die einzige ist, die nach Extraktion des Nervenmarkes mit Alkohol und Äther und Behandlung mit Kalilauge oder Verdauung übrig bleibt, nämlich dem Neurokeratin. Damit war die Notwendigkeit gegeben, sich mit der Frage des Neurokeratins zu beschäftigen, eine Frage, über die bereits sehr viel hin und her diskutiert worden ist, ohne daß bisher eine Einigung zustande gekommen wäre. Während von einigen Autoren die Existenz des Neurokeratins überhaupt geleugnet und das, was als solches angesehen wird, für ein Gerinnungsprodukt angesehen wird, haben andere Autoren zwar das Neurokeratin als morphologischen Bestandteil der Nervenfaser anerkannt, aber sie haben sich nicht darüber einigen können, welcher von den Bestandteilen der Nervenfaser als solches anzusehen ist. Ich habe mich daher, um die Frage zu entscheiden, ganz an die Angaben von *Kühne* bezüglich der Darstellung des Neurokeratins gehalten. *Ewald* und *Kühne* sagen darüber folgendes:

„Werden Nervenfasern zur Entfernung des Markes, das den Einblick in die Nervenstruktur so sehr erschwert, mit kochendem Alkohol und mit Äther erschöpft, so zeigen sie an Stelle des Markes ein knorriges Gerüst von starker Lichtbrechung, mit überall doppelten Konturen, das einerseits in einer äußeren, faltigen, ein Rohr bildenden Haut, andererseits in einem achsial gelegenen runzligen Strange wurzelt. Man ist geneigt, dies für den in Alkohol unlöslich gewordenen, eiweißartigen Bestandteil des Markes, den achsialen Strang für den coagulierten Achsenzylinder zu halten, was auch richtig ist, aber durchaus nicht den ganzen Sachverhalt trifft. Die Verdauung bietet das Mittel, darüber zu entscheiden. Pepsin- oder Trypsinverdauung, welche den Achsenzylinder vollkommen lösen und aus den Nerven reichlich Pepton ausziehen, ändern gleichwohl das eben erwähnte Bild wenig: Das Gerüst, die Scheiden und der innere Strang bleiben und erscheinen nur zarter und sauberer, immer aber so kräftig gezeichnet, daß sie zu den krasseren mikroskopischen Bildern zu rechnen und um so leichter zu demon-

Digitized by Google

eren sind, als sie eben das einzige sind, was von den Nervenfasern noch ig bleibt."

Die von mir nach dieser Vorschrift hergestellten Präparate lassen nun e jede Mühe ebenso schön und scharf, wie das von *Ewald* und *Kühne* egeben ist, das entsprechende Bild hervortreten. Es zeigt sich in der , daß das, was als reines Neurokeratin nach der Verdauung resp. nach Einwirkung der Kalilauge auf den extrahierten Nerven übrig bleibt, sich Form nach, abgesehen von ganz geringen Verunreinigungen, mit dem kt, was allein schon die Extraktion des Nerven als Residualinhalt des- en ergibt. Es sind sogar die Verhältnisse, wenn man die Verdauung it anwendet, insofern günstiger, als mancherlei Schrumpfungen vermieden den, auch insofern, als der unverdaute Nerv genügenden Zusammenhalt itzt, um die Anwendung geeigneter Schnitt- und Färbemethoden zu ge- ten. (Es werden zur Darstellung des morphologischen Bildes des Neuro- atins Längsschnitte des extrahierten und mit Pikrinsäurefuchsin gefärbten ven demonstriert.) Man sieht dabei beiderseits neben dem rosenrot ge- ten Achsenzylinder den Kontur einer ganz feinen gelblichen Scheide ver- en, die im Querschnitt als eine dünne, scharf konturierte gelbe Um- nzungslinie erscheint. Von dieser gelben Scheide aus ziehen, wie das monstrierte Präparat zeigt, in äußerst regelmäßiger Art feine trichterartige ilde aus, die teils längsverlaufende, teils ringförmige, entweder massive r aus einem feineren Netzwerk bestehende Verstärkungen zeigen. Wo Ringe gut ausgebildet sind, besteht der ganze Trichter aus einer Reihe alleler Ringe. Die Trichter enden meist mit einem verdickten, im opti- en Querschnitt dreikantig erscheinenden, in Wirklichkeit ring- oder halb- förmigen Bande, an dem sich dann eine periphere, ebenfalls gelb- ärbte feine häutige Scheide ansetzt, die meist leicht bogenförmig, mit der nvexität nach außen, den Raum zwischen zwei derartigen Trichtern über- ckt.

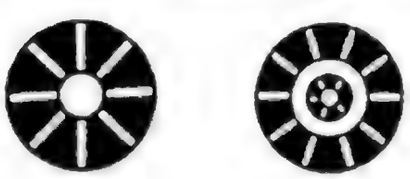


Die äußere Scheide schmiegt sich dabei so eng an die Bindegewebs- heide an, daß es nicht möglich ist, sie überall mit Sicherheit von dieser ieren zu trennen. Es bleibt dadurch die Möglichkeit offen, daß die ßere Scheide nicht überall vollständig geschlossen ist. Möglicherweise finden sich in derselben häufig größere Lücken.

Außer der hier demonstrierten regelmäßigen Form der Anordnung, wie sich häufig findet, kommen auch weniger regelmäßige Formen der Bildung

Digitized by Google

des Neurokeratingerüstes vor. Aber immer tritt doch deutlich dasselbe Grundprinzip der Anordnung zutage. Immer passen sich die Balken und Netze in eine trichterförmige Anordnung hinein. Ich habe es nun weiterhin versucht, an der unzerstörten in *Müller*scher Flüssigkeit konservierten Nervenfaser die ähnlichen Bildungen zu finden. Mit den Marktrichtern des Nerven können diese Gebilde nichts zu tun haben, da sie, in ziemlich weiten Abständen voneinander stehend, durch große Zwischenräume voneinander getrennt sind und nicht die Markscheide ausfüllen, sondern dieselbe nur in Form von Scheidewänden in hintereinander gelegene Abteilungen trennen. Es gelang mir nun, indem ich insbesondere die im Laboratorium der Anstalt Herzberge von *Kaplan* gefundenen Nervenfärbungsmethoden weiterbildete, festzustellen, daß sich zwischen den Marktrichtern genau die gleichen Trichterbildungen, die bei der Markextraktion zurückbleiben, entsprechend der Koch-Schieferdecker-Zwischentrichtersubstanz darstellen lassen. Das von *Kaplan* mit Säurefuchsin dargestellte Netzwerk entspricht dagegen dem Neurokeratin nicht. Erstens findet es sich nur in dem mit Formol-Müller gehärteten Nerven und ist hier bereits am ungefärbten Nerven bei Immersionsbetrachtung deutlich zu erkennen, während es im Müller-gehärteten Nerven und im Alkoholnerven fehlt. Die in derartig hergestellten Präparaten mit Säurefuchsin erzeugten Bilder entsprechen vielmehr den Zwischentrichtern, wie auch aus Figur 1 der *Kaplan*schen Abbildungen hervorgeht. Ein Irrtum kann nur dadurch entstehen, daß es ausnahmsweise in seltenen Fällen vorkommt, daß insbesondere an sehr feinen Nerven das Neurokeratin auf kurze Strecken eine Andeutung von Netzen zeigt, die dann aber stets viel weitmaschiger sind, als das in Formol-Müller-Präparaten auftretende Netzwerk fuchsinophiler Art. Dazu kommt, daß *Kaplans* Netzsubstanz, worüber ein Querschnitt leicht belehrt, nicht eine äußere und innere Scheide bildet, die durch weit auseinanderstehende Balken verbunden sind, wie das *Kühne* von dem Neurokeratin lehrt, sondern daß das Netzwerk die ganze Dicke des Marktrichters durchzieht, ohne daß dabei eine äußere und innere Scheide sich differenzieren ließe. Auf dem Querschnitt erscheint dieses Netzwerk als ein aus lauter roten Keilen zusammengesetzter Ring, die sich wie die Dauben eines Fasses aneinanderreihen; wo der Schnitt zwei ineinander steckende Marktrichter trifft, da bekommen wir dann zwei solcher konzentrischen Ringe (siehe Abbildung).



Es ist mir übrigens auch gelungen, das mit Formol-Müller gewonnene engmaschige Netz mit Harzlösungsmitteln — ich verwende dazu ein Gemisch von Alkohol (100,0), Karbolxylol, Chloroform und Schwefelkohlenstoff — in der Wärme fast völlig aufzulösen. Ich halte dieses von *Kaplan* als Neurokeratin angesprochene Netz, das sich bisweilen auch an Osmiumpräparaten in sehr schöner Weise zeigt, für eine bestimmte Art der Myelinverteilung, die durch die Formol-Müller-Flüssigkeit entweder konserviert oder direkt erzeugt wird. Mit dem Neurokeratin hat dieses Netz nichts zu tun, dasselbe

vielmehr identisch mit der Zwischentrichtersubstanz. Die von *Golgi* mit
ber dargestellten Spiralen und Ringe dürften in direkter Beziehung zu den
rstärkungsringen des Trichtersystems stehen. Sie sind aber mit denselben
ht identisch sondern sie sind viel feiner. Wahrscheinlich sind es Silber-
derschläge, die sich in den Lücken zwischen zwei Trichterringen oder
schen den Ringen und dem Mark niederschlagen. Ob diese Lücken prä-
mierte Kanäle sind, läßt sich natürlich nicht entscheiden. Es muß hier
h die Frage erörtert werden, ob das nach der Vorschrift *Kühnes* her-
tellte Neurokeratin als ein Kunstprodukt der Härtung anzusehen ist. Da
ei so ungemein verschiedene Einwirkungen auf den Nerven, wie die mark-
störende Wirkung des Alkohols und die markkonservierende Wirkung der
llerschen Flüssigkeit genau die gleichen Bilder ergeben, kann meines Er-
tens von Kunstprodukten nicht die Rede sein. Es erscheint mir ganz
eifellos, daß diese Gebilde schon vor der Konservierung im Nerven ent-
len sind. Ob sie dagegen ein festes Gerüst bilden, ob nicht vielmehr die
tigkeit der Substanz ein Produkt der Härtung ist, das erscheint mir sehr
glich. Mancherlei Erfahrungen sprechen dafür, daß die Konsistenz von
ur eine festweiche, vielleicht sogar quellbare ist.

Nachdem so die Form des Neurokeratins im Nerven festgestellt ist,
omen wir wieder zu unseren Zellen zurück. Wenn man in Schnitten mit
ohol und Äther erschöpfter Nerven nach unseren Zellen sucht, so findet
n natürlich die Granulationen nicht mehr, wohl aber erkennt man deutlich
charakteristischen rundlichen Kerne und das sich an diese anschließende
zwerk. Wenn man derartige Präparate durchmustert, so erkennt man bei
wendung geeigneter Färbungsverfahren, daß der um den Kern liegende
eförmige Zellkörper sich nach beiden Seiten zuspitzt und dann in die
rokeratinscheide übergeht. Man sieht ferner häufig, daß der netz-
nige Zellkörper direkt durch Fortsätze in die Verstärkungsbalken der
rokeratintrichter übergeht und man kann auch bisweilen sehen, daß das
netz Fortsätze bis in die Mitte des Nerven hineinsendet, die sich direkt
den von der Neurokeratinscheide umhüllten Achsenzylinder ansetzen. Es
ört also der Leib unserer granulierten Zellen direkt zu dem Neurokeratin-
tem des Nerven, das seinerseits wohl am richtigsten aufgefaßt wird als
e eigenartige Modifikation der Albuminsubstanz der Nervenzelle.

Aus diesem Verhalten geht nun unzweifelhaft hervor, daß die mit den
zifischen Granulationen umgebenen Kerne, die man bisher als Kerne der
*ermann*schen Scheide auffaßte, mit der bindegewebigen Scheide des Nerven
hts zu tun haben, daß sie vielmehr die Kerne des markhaltigen Nerven
bst sind und daß ihr Zellgebiet den Raum von einem interannulären Seg-
nte zum anderen umfaßt. Ich möchte daher im Gegensatze zu der bisher
ichen Bezeichnung die interannulären Segmente oder die Nervenspindeln
elmanns als große langgestreckte, spezifisch nervöse Zellen auffassen,
rch welche ebenso wie durch die Ganglienzelle, wenn auch in anderer An-
lnung, die Neurofibrillen hindurchlaufen. Ich möchte sie daher als Nerven-

Digitized by Google

zellen sensu strictiori bezeichnen im Gegensatze zu den Ganglienzellen des zentralen Nervensystems.

Zum Schlusse noch einige kurze Bemerkungen über das Vorkommen der Protagongranulationen und des Protagons im Nerven. Untersuchungen an einer Reihe von Nerven verschiedener Individuen ergaben, daß die Granulationen sich nicht in allen Nervenzellen unbedingt vorfinden müssen. Sie finden sich beim Menschen in der frühesten Jugend nicht, sind vielmehr, wie Untersuchungen an kindlichen Nerven, die ich der Güte der Herren Professoren *v. Hansemann* und *Baginsky* verdanke, ergaben, erst etwa vom 6. Lebensjahre ab zu finden. Bei Tieren kommen die Protagongranulationen ebenfalls zur Beobachtung. Ich habe sie in den Nerven von Macaccus, Lemur, Erythrocebus, Nycticebus und Cercopithecus sowie auch bei Asinus und Corvus gefunden. Dagegen fand ich sie bisher nicht bei der Katze, beim Meerschweinchen, beim Fuchs, doch stehen systematische Untersuchungen über die Verbreitung der Protagongranula in der Tierreihe noch aus.

Ihr Vorkommen beschränkt sich übrigens nicht auf die peripheren Nerven. Vielmehr finden sie sich auch in der weißen Substanz des Rückenmarks, wenngleich spärlicher und in geringerer Ausbildung. Es ist dieses Vorkommen ein Beweis mehr, daß sie mit der *Schwann*schen Scheide nichts zu tun haben.

Das Vorkommen der protagonhaltigen Nervenzellen im zentralen Nervensystem ist besonders deshalb von großer Bedeutung, weil es uns beweist, daß wir durchaus nicht berechtigt sind, alle im Zentralnervensystem vorhandenen, nicht den Gefäßen und ihrem Bindegewebe angehörigen Zellen — natürlich mit Ausnahme der Ganglienzellen — unbesehen zur Neuroglia zu rechnen. Es muß noch weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, welche von den verschiedenen im Zentralnervensystem zu beobachtenden Kerne zur Neuroglia und welche zu den Nervenzellen gehören. Wahrscheinlich werden auch hier unsere Anschauungen einer fundamentalen Änderung bedürfen.

Alzheimer-München: Progressive Paralyse und endarteriitische Hirnlues.

Auf einer verhältnismäßig sicheren Grundlage stehen wir bei der klinischen Beurteilung und anatomischen Erkenntnis jener Formen syphilitischer Hirnerkrankung, welche durch gummöse Herde oder meningitische Infiltrationen verursacht werden. Die Besonderheiten der Anordnung der Krankheitsherde, gewisse Eigenartigkeiten in der Ausbildung und Dauer der Herdsymptome, Erscheinungen, welche auf eine Mitbeteiligung der Meningen und der Hirnnerven hinweisen, geben uns mancherlei wichtige Fingerzeige für eine richtige Deutung und meist genügt schon die Betrachtung des Gehirns um über eine etwa zweifelhaft gebliebene Diagnose zur Klarheit zu kommen. Dasselbe gilt auch von den luetischen Hirnerkrankungen, welche durch Erweichungen nach endarteriitischem Verschluß größerer Gefäße bedingt werden.

Viel unsicherer aber wird der Boden unter unseren Füßen, wenn es

Digitized by Google

um eine andere Gruppe luetischer Geistesstörungen handelt, bei welcher verbreitetere Erkrankung der Hirnrinde die anatomische Grundlage t. weniger Herdsymptome als allgemeinere psychotische Erscheinungen Bild beherrschen und Symptome einer Beteiligung des Projektionssystems, Rückenmarks, der Hirnnerven wohl nie ganz fehlen, aber stark in den grund treten. Die Erscheinung muß sich so der der progressiven Paranähern.

Wir finden in der Literatur solche Fälle als syphilitische Pseudoparalyse auch als diffuse Hirnlues beschrieben. Aber es scheint gleich unmöglich, ieser reichen Kasuistik klinische Kennzeichen von differentialdiagnostiBedeutung zwischen Paralyse und Pseudoparalyse, wie einen für die e charakteristischen histologischen Befund herauszufinden. Neben Hirnllen der ersterwähnten Gruppe begegnen wir offensichtigen echten Pan von eigenartigem Verlauf und klinisch wie anatomisch durchaus unklar benen Beobachtungen.

So bedeutet es einen wichtigen Fortschritt in diesem Gebiete, daß es *Nissl* gelang, wenigstens für einen Teil hierhergehöriger Fälle einen rtigen anatomischen Befund festzustellen. Weitere Beobachtungen ergeben, daß es sich um eine keineswegs allzu seltene Erkrankungshandelt.

Kennzeichnend für die histologischen Veränderungen ist ein Wucherungsg an den Gefäßen der Hirnrinde, namentlich den kleinen und kleinsten, r Bildung riesiger Endothel- und Adventitialzellen, oft in mehreren ten, zu einer Vermehrung der Elastica und zur Neubildung zahlreicher führt. Nun fehlen ja auch bei der Paralyse Wucherungsvorgänge an en Gefäßzellen nicht. Sie halten sich aber, abgesehen von einzelnen Stellung nach noch dunklen Fällen, in viel bescheideneren Grenzen. tlich kommt es nicht zu einer so starken Mitwucherung der äußeren haut. Dagegen fehlen bei der endarteriitischen Lues die die Paralyse eichnenden Infiltrationszellen (Lymphocyten- und Plasmazellen). Wie r Paralyse, kommt es auch bei der Lues zu Ausfällen im nervösen e, sie scheinen aber kaum so massig zu werden wie dort, die Zellung bleibt viel besser erhalten. Die Glia dagegen zeigt in der Regel eine ußerordentliche Vermehrung. In einzelnen Fällen scheint das Hirngewicht u- als abgenommen zu haben. Die stärkeren Veränderungen der Gend bedingen häufiger als bei der Paralyse kleine Erweichungen und gen.

Wir haben hier also einen eigenartigen Krankheitsprozeß erkannt und ächst uns die Aufgabe, seine klinischen Besonderheiten festzustellen werden diese Fälle heute noch vielfach als Paralysen verkannt, zum ohl deshalb, weil man sich das Bild der Hirnlues anders vorstellt, zum eil der makroskopische Gehirnbefund nichts für Lues bezeichnendes

Das ist besonders auch deswegen zu beklagen, weil einige, allernicht durch die anatomische Untersuchung bestätigte, aber nach ihrer

Digitized by Google

Erscheinung wohl sicher hierhergehörige Fälle auf eine antiluetische Behandlung aufs beste reagierten.

Nun ist zunächst für die histologische Erkennung der Fälle noch eine Eigenart bemerkenswert: Die geschilderten Veränderungen können in sehr ungleicher Weise über den Hirnmantel verbreitet sein. Ich habe bei meiner ersten Beobachtung viele Stücke der Hirnrinde untersucht, die gar nichts besonderes boten, bis schließlich ein weiteres die hochgradigsten Veränderungen zeigte. Während es also bei der Paralyse im allgemeinen genügen dürfte, zur Sicherung der Diagnose einige Stückchen zu untersuchen, erweist es sich hier als nötig, größere Hirnbezirke anzusehen. Manchmal werden leicht angedeutete Herdsymptome auf den Sitz besonders schwerer Veränderungen hinweisen.

Dieses Verhalten der Krankheit erklärt nun auch eine klinische Eigenart. Gegenüber der viel gleichmäßiger verbreiteten paralytischen Erkrankung mit ihrer allgemeinen Demenz bedingt hier eine inselartige Anordnung der stärkeren Krankheitsherde das bessere Erhaltenbleiben einzelner Leistungen. So besteht wohl zumeist ein gewisser Rest der alten Persönlichkeit weiter und ermöglicht auch ein mehr oder minder ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Doch kommen sicher auch dieselben blödsinnigen Größenideen vor wie bei der Paralyse. Wie der anatomische Befund zeigt, handelt es sich in einzelnen Fällen um eine rapide Krankheitsentwicklung, in anderen um ein schleichendes Weiterkriechen. Die ersteren Fälle sind durch häufige epileptiforme Anfälle charakterisiert, denen oft delirante Zustände mit Sinnestäuschungen auf verschiedenen Gebieten, je nach der Krankheitsanordnung zu folgen pflegen. So kann das Bild einer Epilepsie mit Dämmerzuständen ähnlich werden. Vor einem Irrtum nach dieser Richtung wird meist die körperliche Untersuchung bewahren können. Lichtstarre der Pupillen kommt jedenfalls vor. Eine Störung der Sprache dürfte selten fehlen, aber jedenfalls wird eine typisch paralytische Schrift und Sprachstörung kaum beobachtet.

Manche Fälle führen in wenigen Monaten zum Tode, andere dauern Jahre, bei wieder anderen scheint auf einen akuten Schub ein längerer Stillstand zu folgen. Möglicherweise endet in einzelnen Fällen die Krankheit an sich nicht tödlich.

Vielleicht pflegt wenigstens im Durchschnitt der Fälle die endarteriitische Lues rascher auf die syphilitische Ansteckung zu folgen als die Paralyse, in einem Falle lagen kaum zwei Jahre zwischen Infektion und Ausbruch der Erkrankung.

Ein fertiges Bild der Erkrankung zu entwerfen, ist heute nicht möglich, der Zweck der Mitteilung soll nur der sein, zur Nachuntersuchung anzuregen. Die histologischen Merkmale der Krankheit sind so eindeutig, daß es keine Schwierigkeiten hat, die Zugehörigkeit eines Falles zu dieser Gruppe festzustellen. Aber erst ein größeres, durch die histologische Untersuchung nachgeprüftes kasuistisches Material wird uns in die Lage setzen, ebenso sichere klinische Kennzeichen der Krankheit zu finden, als wir jetzt schon histologische besitzen.

Digitized by Google

Die weiterhin angemeldeten Vorträge von Herrn *Alt*-Uchtspringe: Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit, Herrn *Siemerling*-Kiel: Psychosen und Simulation bei Untersuchungsgefangenen, Herrn *Raecke*-Kiel: Psychische Störungen bei multipler Sklerose, Herrn *Seiffer*-Berlin: Intelligenzstörung bei multipler Sklerose, Herrn *Weber*-Göttingen: Über cystöse Degeneration der Hirnrinde, fielen wegen Behinderung der Vortragenden aus.

Nachdem die Versammlung durch Herrn *Knecht*-Uckermünde dem Vorsitzenden, Herrn *Moeli*, ihren Dank für die Leitung der Sitzungen ausgesprochen hatte, schloß dieser die Versammlung.

Eine Anzahl der Teilnehmer besuchte am Nachmittage die Anstalt Groß-Schweidnitz.

Dr. *H. Haenel.* Dr. *A. Stegmann.*

Liste der neuen Mitglieder.

Dr. *Theodor Ranniger*, Oberarzt der Anstalt Hochweitzschen bei Klosterbuch Königreich Sachsen.
Dr. *Rud. Schnitzer*, Oberarzt der Kückenmühler Anstalten Stettin-Nemitz.
Dr. *Ernst Hahn*, Primärarzt der städtischen Irrenanstalt Breslau XII, Einbaumstraße.
Dr. *Oscar Schuster*, Arzt zu Dresden, Bergstraße 52.
Dr. *Boehmig*, Nervenarzt zu Dresden, Hauptstraße 36 II.
Dr. *Camerer*, Medizinalrat, Landespsychiater, Stuttgart.
Dr. *Kurz*, Direktor der Heilanstalt zu Pfullingen, Württemberg.
Dr. *Przecodnik*, Assistenzarzt, Lublinitz, Schlesien.
Dr. *Meltzer*, Anstaltsarzt, Großhennersdorf bei Herrnhut in Sachsen.
Dr. *Curt Schmidt*, Nervenarzt, Dresden.
Dr. *Joseph Starlinger*, Direktor der Landesanstalt Mauer-Oehling bei Wien.
Dr. *Dees*, Direktor der Kreis-Irrenanstalt Gabersee, Oberbayern.
Dr. *Ernst Herse*, Assistenzarzt der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt, Westpreußen.
Dr. *Friedr. Stahr*, Anstaltsarzt zu Königslutter in Braunschweig.
Dr. *Grelcink*, Arzt an der Irrenanstalt, Frankfurt a. Main.
Dr. *Oswald*, Oberarzt der Landes-Irrenanstalt Goddelau in Hessen.
Dr. *Schneider*, Oberarzt der Landes-Irrenanstalt Goddelau in Hessen.
Dr. *Hoffmann*, Oberarzt der Heilanstalt Zwiefalten in Württemberg.
Dr. *Buder*, Assistenzarzt der Anstalt Weinsberg in Württemberg.
Dr. *Campbell*, Assistenzarzt der psychiatrischen und Nervenklinik in Leipzig.
Dr. *Roemer*, Assistenzarzt zu Leipzig.
Dr. *Hermkes*, Oberarzt der Provinzial-Irrenanstalt Warstein in Westfalen.
Dr. *Franz Sklarek*, Assistenzarzt an der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf bei Berlin.
Dr. *Roeseler*, Oberarzt an der Landes-Irrenanstalt Landsberg a. d. Warthe.
Dr. *Woernlein*, Oberarzt an der Landes-Irrenanstalt Sorau N.-L.

Digitized by Google

Dr. *Albrecht*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Treptow a. R.
Dr. *Hess*, Oberarzt der Kahlbaumschen Anstalt zu Görlitz.
Dr. *Sinn*, Volontärassistent an der psychiatrischen Klinik der Charité zu Berlin.
Dr. *Hügel*, 1. Hilfsarzt an der pfälzischen Kreis-Irrenanstalt Klingenmünster.
Dr. *Alexander Margulies*, Privatdozent zu Prag.
Dr. *Oscar Woltär*, Assistent der deutschen psychiatrischen Klinik zu Prag.
Dr. *Bumke*, Privatdozent an der psychiatrischen Klinik zu Freiburg in Baden.
Dr. *Seifert*, Nervenarzt, Dresden, Christianstraße 8.
Dr. *E. Zenker*, 3. Arzt der Heilanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin.
Dr. *Oscar Rein*, Assistenzarzt der Kreis-Irrenanstalt Ansbach (Bayern).
Dr. *Max Liebers*, Assistenzarzt der Heilanstalt Doesen, Post Probstheida bei Leipzig.
Dr. *Walter Cimbal*, Arzt an der Irrenstation, Altona a. Elbe.
Dr. *Fritz Ungemach*, Oberarzt an der Kreis-Irrenanstalt München.
Dr. *Ferd. Probst*, Assistenzarzt an der Kreis-Irrenanstalt zu München.
Dr. *Pohl*, Arzt an der Anstalt Lindenhof bei Coswig in Sachsen.
Dr. *Carl Wendenburg*, 1. Assistent der psychiatrischen Nervenklinik zu Göttingen, Rosdorfer Weg 54.
Dr. *Adolf Blitz*, Pankow bei Berlin, Parksanatorium.
Dr. *Paul Langer*, Anstaltsarzt, Altscherblitz bei Schkeuditz, Provinz Sachsen.
Dr. *Umpfenbach*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn.
Dr. *Bolte*, Oberarzt in Bremen.
Dr. *Kufs*, Arzt an der Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna.
Dr. *Rentsch*, Arzt an der Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna.
Dr. *Ernst Boeck*, Direktor der Schlesischen Landes-Irrenanstalt zu Troppau.

40. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 6. Mai 1905 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber*-Woltorf, *Bartels*-Hameln, *Behr*-Lüneburg, *Berkhan*-Braunschweig, *Bruns*-Hannover, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Cramer*-Göttingen, *Delbrück*-Ellen (Bremen), *Engelken*-Rockwinkel, *Facklam*-Suderode, *Fontheim*-Göttingen, *Gerlach*-Königslutter, *Gerstenberg* sen.- und *Gerstenberg* jun.-Hildesheim, *Griese*-Lüneburg, *Gürtler*-Hannover, *Hegemann*-Münster, *Heine*-Hannover, *Kleffner*-Eickelborn, *Koch*-Rinteln, *Lauenstein*-Hedemünden, *Lutgerath*-Ilten, *Lüttich*-Hannover, *Mathes*-Blankenburg, *Meyer*-Münster, *Pelzer*-Bremen, *Reimann*-Ilten, *Rizor*-Göttingen, *Schmalfuß*-Hannover, *Schmidt*-Hildesheim, *Schmidt*-Wunstorf, *Schütte*-Osnabrück, *Schwabe*-Hannover, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Gardelegen, *Stolzenburg*-Lüneburg, *Vogt*-Langenhagen, *Volkers*-Langenhagen, *Wagemann*-Lemgo, *Wahrendorff*-Ilten, *Weber*-Göttingen, *Wendenburg*-Göttingen, *Westphal*-Hannover, *Zimmermann*-Hannover.

Digitized by Google

um Vorsitzenden wurde gewählt: *Gerstenberg* sen.-Hildesheim, zum
ührer: *Fontheim*-Göttingen.

Vor der Tagesordnung demonstriert *Bruns*-Hannover einen neun-
i Knaben, bei dem langsam und allmählich, ganz symmetrisch, eine
ontraktur der beiden kleinen und Ringfinger im ersten Interphalangeal-
aufgetreten ist. Die Kontraktur beruht auf einer Erkrankung der
nden Gelenke; eine Palmarfascienkontraktur ist nicht vorhanden;
renig fanden sich Lähmungen oder Anästhesien im Bereiche der beiden
lnares. Verdickt sind beiderseits auch die Metacarpophalangeal- und
rphalangealgelenke der Daumen; am Daumenballen finden sich beider-
chte, wohl arthrogene, Atrophie der Muskeln, ohne elektrische Störun-
Die genaueste Untersuchung des Nervensystems ergibt im übrigen
bnormes. Das Herz ist gesund und auch die übrigen Gelenke zeigen
Krankhaftes. Schmerzen hat der Kranke nur, wenn man die kon-
erten oder geschwollenen Gelenke zu bewegen sucht, spontan nicht.
absoluten Symmetrie der Gelenkerkrankungen wird es schwer, nicht
i nervösen Einfluß zu denken, der sich wesentlich im Gebiete beider
nares abspielen müßte. Nach *Rüdinger* stammen die Rami articulares
erste Interphalangealgelenk des vierten und fünften Fingers vom
ılichen Endaste des Ulnaris, während das zweite Interphalangeal-
im vierten Finger schon vom Medianus innerviert wird. Freilich sind
h die Daumengelenke, die vom Medianus innerviert werden, erkrankt.
wird weiter unter Beobachtung bleiben.

ner demonstriert *B.* eine Anzahl von Hirntumoren und erörtert die
n Symptome. Im ersten Falle handelte es sich um eine vierzigjährige
ratete Frau, die im Sommer 1904 an Anfällen von heftigen Kopf-
en, die sich auf der Höhe mit Erbrechen und Bewußtseinstrübungen
n, erkrankte. Trotzdem *B.* gleich an einen Tumor cerebri dachte,
ich doch bei mehrfacher Untersuchung absolut keine cerebralen Herd-
e, nicht einmal einfach hemiplegische, und auch eine Stauungspapille
lauernd vermißt. Die Patientin starb im Herbst 1904 in einem
i Kopfschmerzanfalle; die Sektion ergab ein mit der Innenfläche der
ıter verwachsenes, etwa walnußgroßes Sarkom, das in die Hirnrinde
ıbe eingedrückt hatte, aber leicht aus derselben herausgehoben war.
im rechten Stirnhirn direkt an der Mittellinie, aber mehrere Centi-
ıch vorn vor der vorderen Zentralwindung. Der Sitz des Geschwulst
ılso vollkommen die Unmöglichkeit der Lokaldiagnose, ja selbst einer
der erkrankten Hemisphäre; von Interesse war, daß wegen Mangels
ıuungspapille auch die Allgemeindiagnose des Tumors nicht sicher-
werden konnte. Doch hat *B.* die Kranke in den letzten zwei Mo-
ır ihrem Tode nicht mehr untersuchen können.

zweiten Falle handelte es sich um eine 35jährige, verheiratete
ie während ihrer letzten Schwangerschaft im Frühjahr 1904 an An-
on Erbrechen und Kopfschmerzen erkrankte, die zunächst auf die

Digitized by Google

Gravidität bezogen wurden. Sie bestanden aber nach der Entbindung fort und im Sommer 1904 wurde von einem Augenarzte inkomplete rechtsseitige Hemianopsie ohne Stauungspapille konstatiert. Im Oktober 1904 fand *B.* leichte Benommenheit, heftige Kopfschmerzen, schwere Stauungspapille, totale rechtsseitige Hemianopsie, keine Worttaubheit, wohl aber Wortamnesie und namentliche optische Aphasie (Freund). Lesen erschwert, aber nur dadurch, daß sie rechtsstehende Worte übersah, Schreiben nicht zu prüfen, rechtsseitige leichte Parese der Extremitäten mit deutlicher Lagegefühlsstörung des rechten Armes, rechts Babinski, deutlicher Achillesreflex, aber Fehlen der Patellarreflexe beiderseits. Diagnose: Tumor im linken Hinterhauptslappen; aus der Vereinigung von Hemianopsie mit optischer Aphasie wird geschlossen, daß der Tumor im Marke des Occipitallappens sitzt und von einer Operation abgeraten. Die Kranke starb nach kurzer Zeit. Es fand sich ein zum Teil scharf abgegrenztes, zum Teil diffuses Gliom, das im wesentlichen das Mark der zweiten und dritten Schläfenwindung einnahm; doch nirgends die Rinde erreichte. Der größte Teil des Occipitallappenmarkes war frei; nach vorn erstreckte sich der Tumor bis in die Spitze des Schläfenlappens. Für das Fehlen der Worttaubheit war von Wichtigkeit, daß auch die erste Schläfenwindung links vom Tumor nicht betroffen war.

Im dritten Falle handelte es sich um ein diffuses Ponsgliom bei einem Kinde von fünf Jahren. Es fehlten Stauungspapille und heftige Kopfschmerzen, Erbrechen war ab und zu vorhanden. Es fand sich eine erhebliche Erschwerung der Sprache, die teils skandierend, teils dysarthrisch und ausgesprochen näselnd war; dabei Erschwerung des Schluckens. Das Gaumensegel war beiderseits paretisch; der Blick war nach rechts hin nicht ganz vollkommen, namentlich bleibt das rechte Auge zurück (rechter Abducens). Der Gang war cerebellar-ataktisch, aber auch etwas spastisch, mit Kleben der Fußspitzen am Boden. Ausgesprochenes Zittern der Arme; bei der Untersuchung geriet die ganze Körpermuskulatur in Zittern. Links leichter Achillesklonus und rechts Babinskyreflex. Unter allmählicher Zunahme der Beschwerden erfolgte der Tod des Kindes, das einige Wochen auf der Kinderstation des Vortr. war, in ihrer Heimat. Die Diagnose war auf einen Tumor im Hirnstamme rechts, möglicherweise auch im Kleinhirne gestellt. Es fand sich — histologische Untersuchung durch Dr. *Ströbe* — eine diffuse Gliomatose des Pons, das auch die Kleinhirnschenkel infiltriert hatte; in den basalen Partien der rechten Ponshälfte hat sich ein mehr umschriebener kompakter Tumor gebildet.

Im vierten Falle handelte es sich um einen älteren Mann — Maurer —, der nach einem Trauma im Jahre 1901, das den Schädel auf der linken Seite getroffen hatte, allmählich an einer mit linker Abducenslähmung beginnenden totalen inneren und äußeren Ophthalmoplegie links erkrankt war. Im Dezember 1903 konstatierte Vortr. links totale Ophthalmoplegie und Ptosis, links Anosmie, links totale Trigeminusneuralgie, Kopfschmerzen, manchmal morgens Erbrechen. Keine Stauungspapille. Sehschärfe links und rechts

Digitized by Google

ut: keine Gesichtsfeldanomalien. Diagnose: Tumor in der mittleren Schädelube links. Allmählich totale Anästhesie im linken Trigeminusgebiete unter ndauern der Schmerzen. Keine Kaumuskellähmung; dann Erblindung links nd allmählich deutlich Atrophia n. optici, nie Stauungspapille; allmählich nter Ohrensausen und Schwindelanfällen totale Taubheit links; nie Facialisarese; meist leichte Spannung im Gebiete des linken Facialis, wohl eine olge der andauernden linksseitigen Trigeminusneuralgie. Kopfschmerzen hr lebhaft, Erbrechen selten, zuletzt sehr unsicherer Gang. Häufig Nasenuten, nasenärztliche Untersuchung ohne positiven Befund. Vortr. konnte n Kranken bis Ende Februar 1905 beobachten; Ende Januar 1905 letzte enaue Untersuchung; es konnte niemals eine deutliche Parese der Extremiten oder Steigerung in den Reflexen, speziell auf der rechten Seite, beobchtet werden. In den letzten Wochen — Patient starb am 2. Mai 1905 — ll er nach Angabe der Frau allerdings ganz gelähmt gewesen sein und ch rechts zuletzt schlecht gesehen haben. Die Sektion — Prosektor Dr. röhr — ergab einen Tumor in den vorderen medianen Partien der linken ittleren Schädelgrube, der auch das gesamte Gebiet der Sella turcica einhm. Vielleicht war er von der Hypophyse ausgegangen. Die Knochen am ieb- und Keilbein waren vom Tumor zerstört. Hirnschenkel, Pons und zum eil auch Medulla oblong. waren sehr abgeplattet.

In diesem Falle war, da der Tumor sich in unmittelbarem Anschlusse n ein Kopftrauma entwickelt hatte, auf Grund eines Gutachtens vom Vortr. nd später auch von *Windscheid* in Leipzig ein Zusammenhang zwischen umor und Trauma angenommen; der Kranke bezog Vollrente.

In der Diskussion erinnert *Cramer*-Göttingen an einen ganz ähnlichen all, den er 1903 der Versammlung demonstriert hatte; es handelte sich um in Chondrom des Türkensattels.

Dann hält *B.* einen kurzen Vortrag über einige besondere Punkte in er Pathogenese der Chorea minor und demonstriert zunächst einen dreizehnährigen Knaben, der an schwerer Chorea mit zwei Monate währendem totalen tismus gelitten hatte und bei dem auch sonst die Lähmungserscheinungen gegenüber den krampfartigen sehr im Vordergrunde gestanden hatten. Auch tzt noch besteht erhebliche Parese der Beine, die sich aber rasch bessert.

Die ursächlichen Beziehungen der Chorea minor zu dem auch den elenkrheumatismus und die Endocarditis rheumatica bedingenden Infektionsreger sind jetzt wohl über allen Zweifel sichergestellt. Der Infektionsreger braucht natürlich nicht immer die ganzen Trias: Gelenkerkrankungen, erzerkrankungen und Chorea, hervorzurufen, sondern nur einen Teil derselben, und nicht selten, wenigstens klinisch deutlich, die Chorea allein. Nicht mer gehen auch die Gelenkerkrankungen der Chorea vorher, sondern sie eten auch während des Bestehens derselben zum erstenmal auf oder rezidivieren. Sicher ist übrigens, daß auch durch andere Infektionen Chorea inor bedingt werden kann; am häufigsten nach dem Rheumatismus kommt ie nach Scarlatina vor. Vortr. kann nicht bestreiten, daß auch psychische

Digitized by Google

Ursachen echte „infektiöse" Chorea auslösen können: dann aber besteht immer durch eine Infektion bedingte Disposition; am häufigsten wirkt der Schreck auslösend bei Rezidiven; anders ist das natürlich bei der hysterischen Chorea, die symptomatologisch der infektiösen sehr ähnlich sehen kann. Aufgefallen ist es dem Vortr. immer, wie selten die Chorea minor in den sogenannten besseren, pekuniär gutgestellten Kreisen ist; ob dies auch für den Gelenkrheumatismus stimmt, kann Vortr. nicht sagen; vielleicht liegt das Freibleiben der begüterten Klassen hauptsächlich an den besseren Wohnungsverhältnissen.

In symptomatologischer Beziehung möchte Vortr. mit besonderem Nachdruck auf die paretischen Zustände der Muskulatur der Chorea hinweisen. Es ist ja bekannt und besonders von englischen und französischen Autoren beschrieben, daß Lähmungszustände (Chorea mollis, Limp. Chorea) bei Chorea vorkommen, aber das wird immer als sehr selten betrachtet. Meist soll der paralytische Zustand den eigentlichen Zuckungen vorangehen; Vortr. selbst hat ihn mehrfach auch schwerer Chorea nachfolgen sehen (z. B. vollständige Lähmung der Nacken- und Rückenmuskulatur). Worauf es ihm aber jetzt ankommt, das ist, daß nach seiner Erfahrung in fast allen schwereren Fällen von Chorea immer neben den krampfartigen Zuständen der Muskulatur Paresen bestehen. Man sieht das schon daran, daß die Kranken meist vollständig schlaff und hilflos wie Kranke z. B. mit ausgedehnter multipler Neuritis daliegen. Vor allem aber scheint es dem Vortr., daß gewisse von der bulbären Muskulatur abhängige Symptome — die Dysphagie und der gar nicht seltene Mutismus — mehr wenn nicht allein von Lähmungen als von Zuckungen der betreffenden Muskulatur abhängen. Vortr. hat in den letzten Monaten drei Fälle gesehen, bei denen durch Wochen und Monate vollständiger Mutismus und schwere Dysphagie bestand, ohne daß sehr erhebliche Zuckungen der Zunge, des Schlundes oder der Lippen vorhanden waren. Vortr. möchte da direkt von einem „bulbär-paralytischen Symptomenkomplex" bei Chorea sprechen. Er hat in einzelnen Fällen auch Zwangslachen und Weinen beobachtet.

In bezug auf die Patellarreflexe möchte sich Vortr. der Ansicht *Oppenheims* anschließen, daß ein Fehlen derselben nicht zum Symptomenbilde der Chorea gehört. Sie sind nicht immer leicht auszulösen und in vereinzelten Fällen — nach *B.*s Erfahrungen in denen mit ausgesprochenen Lähmungen — scheinen sie zu fehlen. Ein so häufiges Fehlen, wie es aber z. B. von einigen französischen Autoren behauptet ist, kann Vortr. nicht zugeben.

Geringe psychische Störungen — Launenhaftigkeit usw., Unfähigkeit zum Aufmerken — kommen fast bei allen choreakranken Kindern vor. Grobe Störungen — tobsuchtartige Zustände — hat Vortr. bisher nur bei älteren Kranken beobachtet.

Die Prognose ist gut, wenn keine Endokarditis eintritt. Diese und schwere psychische Störungen sind bei Erwachsenen häufiger; der tödtliche Ausgang — auch abgesehen von der Chorea gravidarum — wird zum

Digitized by Google

hl auch deshalb hier öfters beobachtet. Auch sind die Zuckungen achsenen oft besonders wild. Das wird von allen Autoren zugegeben. ler machen auch für späterhin, wenn die eigentliche Chorea geheilt Prognose trübe. Vortr. hat eine Anzahl von Kindern an Endo- Myo- und Perikarditis sterben sehen, die er früher an Chorea mit ktion behandelt hatte.

therapeutischer Beziehung ist vor allem ausgedehnte Bettruhe nötig und t reichliche Ernährung, dabei sorgfältige Hautpflege. Vom Arsen ist nmer mehr abgekommen. In nicht ganz leichten Fällen verordnet ; in schweren auch Chloralhydrat und andere Schlafmittel.

der Diskussion bemerkt *Berkhan*-Braunschweig, daß Chorea Jahr und t vorkommen, dann mit einemmale gruppenförmig oder auch epi- auftreten kann. Zurzeit ist Chorea in Braunschweig in größerer Anzahl en.

glaubt, daß stark riechende Betten, wie man sie bei armen Leuten eine Intoxikation und damit Chorea veranlassen können.

mer-Göttingen führt aus, daß in seiner Klinik ein Fall von schwerer beobachtet wurde, bei dem intra vitam und zwar zwei Tage ante Streptokokken nachgewiesen wurden, während ein solcher Nachweis e ante mortem nicht gelang. post mortem aber dieselben Strepto- aus dem Gehirn gezüchtet wurden, die beim Tier Endokarditis und arkt hervorriefen.

nimmt an, daß der Streptokokkenbefund so kurz vor dem Tode dar- eßen läßt, daß die abnehmende vitale Energie einer stärkeren In- n Streptokokken in den Körper nicht mehr genügend Widerstand setzte.

übrigen betont *Cramer*, daß er nur dann hysterische Chorea diagnosti- nn weder am Herzen etwas nachgewiesen ist, noch Hypotonie oder Zeichen einer organischen Erkrankung sich nachweisen lassen.

us hebt noch hervor, daß auch echte Chorea besonders in den ersten monaten gehäuft vorkommen.

ndenburg-Göttingen berichtet über seine Erfahrungen, die er in der Nervenklinik an ca. 60 Fällen von Chorea minor gemacht hat und e Fälle mit, welche die Frage der Infektiosität, der Möglichkeit von nach Trauma bei Disponierten und das Verhalten der Reflexe und ommen von Hypotonie erläuterten. Er hat niemals einen der wich- lexe vermißt. Weiter bespricht er das epidemische Auftreten von orea minor und hysterischer Chorea unter verschiedenen sanitären ssen.

Wendenburg-Göttingen: 1. Funktioneller Ausgleich eines lefektes und 2. psychische Erkrankung bei Zeichen or- er Hirnerkrankung ohne weitere Symptome von Paralyse. 1. Der Kranke hat vor vier Jahren durch einen Messerstich, der idens quer durchtrennte und den Muskel zur Atrophie brachte, die

Digitized by Google

Fähigkeit verloren, den Arm seitlich zu erheben, zum Munde zu führen und in die Tasche zu stecken. Jetziger Befund: Totale Atrophie des Deltoideus, die elektrische Erregbarkeit ist völlig erloschen. Hypertrophie des Supraspinatus, des mittleren Drittels des Trapezius, der oberen Partie des Pectoralis major sowie des Serratus anterior major. Die hypertrophischen Muskeln bezw. Muskelteile haben die Ausführung der verlorenen Bewegungsphasen übernommen und zwar der Supraspinatus und Serratus nach der Seite und oben, der Pectoralis nach vorn, der Trapezius nach hinten, der funktionelle Ausgleich ist quoad Kraft und Beweglichkeit fast vollkommen, die Therapie bestand nur in frühzeitiger Übung durch leichte Arbeit.

ad 2. Der 27jährige Kranke hatte vor 6 Jahren Lues aquiriert. Vor 3/4 Jahren wegen planlosen Hin- und Herlaufens verhaftet, bekam er am Abend einen Erregungszustand, einzelne Halluzinationen des Gesichts, verwirrt, Alkoholgeruch, Pupillen ungleich, die linke größer als die rechte, beide starr. Am anderen Tage geordnet, völlig orientiert, nur Erinnerungsdefekt für die Vorgänge des letzten Tages. Vier Wochen später geordnet, orientiert, ruhig. Pupillenbefund wie oben, die Reflexe und alle Qualitäten der Sensibilität normal. Merkfähigkeit, Intelligenz, Urteil und Stimmung nicht gestört, die Sprache zeigt bisweilen eine leichte spastische Koordinationsstörung. Während der 3/4 jährigen Beobachtung traten nie organische Störungen am Nervensystem oder psychische krankhafte Momente zutage. Für Tabes, Hirnlues und Epilepsie kein Anhalt. Es kommt nur Paralyse in Frage, gegen welche die auffallend weitgehende Remission, der einmalige kurze Erregungszustand und das dauernde Fehlen von anderen Kardinalsymptomen außer der Pupillenstarre sprechen. Man könnte einen Erregungszustand bei einem organisch erkrankten Gehirn (Lues?) infolge Alkoholgenusses annehmen, einen pathologischen Rausch, wofür die tobsüchtige Entladung mit Halluzinationen, Unorientiertheit und folgender Amnesie spricht. Jedenfalls ist die Diagnose Paralyse nicht absolut sicher trotz greifbarer organischer Hirnveränderung und psychischer Erkrankung.

III. *Cramer*-Göttingen: Über Jugendirresein.

Vortr. ging aus von dem Begriff der Katatonie, wie ihn *Kahlbaum* aufstellte, knüpfte an *Heckers* Hebephrenie an und führte als bisherigen Endpunkt der Entwicklung der Lehre von Jugendirresein die *Kräpelin*sche Dementia praecox an. Er gab einen kurzen Überblick über die Unterabteilungen derselben, in hebephrene, katatone und paranoide Form, und knüpfte speziell an die hebephrene Form, als das eigentliche Jugendirresein, an, die geistige Entwicklung in der Pubertät, deren Grenzen er vom 14. bis etwa zum 25. Lebensjahre zieht. Er ist nicht der Ansicht, daß der jedesmalige Ausgang des Jugendirreseins ein Schwächezustand oder absolute Verblödung zu sein braucht. Nach seinen Erfahrungen müsse man mit Rücksicht auf Genese, Zustandsbilder, Verlaufsart und auch Prognose bei dem Jugendirresein wieder verschiedene Krankheitsgruppen voneinander trennen.

Digitized by Google

r führt dann folgende vier Unterformen an:
. Stillstand der geistigen Entwicklung als vorzeitiger Abschluß in der it: In diesen Fällen bisher gute Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; Stillstand ohne irgend welchen Verlust des bisher erworbenen geistigen s und ohne Begleitung anderweitiger psychischer Symptome. Diese Erkrankung kann in jedem Moment der Pubertät einsetzen; es treten ine anderen psychotischen Symptome auf.
Als zweite Form führte er Fälle an, in denen man im Pubertätsalter sgesprochene Psychose irgend welcher Art zur Entwicklung und zur Ausheilung hat kommen sehen. Entsprechend der noch unfertigen dung der ganzen Psyche verlaufen diese Psychosen etwas anders als chosen, die auf dem Boden eines ausgewachsenen Gehirns sich ent- : sie tragen bestimmte eigenartige Züge an sich. Die Psychose kann n, sie kann aber auch zum Stillstand der geistigen Entwicklung führen.
Die dritte Gruppe umfaßt Fälle, die in mehreren Schüben verlaufen; gnose ist absolut ungünstig. Hier handelt es sich nicht nur um einen d in der geistigen Entwicklung, sondern auch um einen Verlust des erworbenen geistigen Kapitals. Die Kranken erleiden nach jeder einen weiteren geistigen Defekt, bis das Stadium der völligen Ver- . die aber sicher eintritt, erreicht ist. In den attackefreien Zeiten ie psychotischen Symptome zurück.
Als vierte Gruppe stellte er die Fälle hin, bei denen man die geistige ung nach verhältnismäßig kurzem Verlauf zur absoluten Verblödung ieht.
e dritte und vierte Gruppe entsprechen besonders der hebephrenen er Dementia praecox von *Kräpelin*, und hier findet man öfter auch e Symptome.

iskussion: In der Diskussion bemerkt *Berkhan*-Braunschweig, daß der geschilderten Kranken mit angeborenem oder früh erworbenem hsinn oft geringen, daher wenig beachteten, Grades behaftet sind.
i solchen treten nicht selten periodische Störungen, z. B. Verwirrtheit zerer oder längerer Dauer, auf, die mehrfach zu Schwachsinn höheren führen.

. *Weber*-Göttingen: Traumatische Psychosen.
ortr. betont, daß man eine ätiologische Krankheitsbezeichnung nicht in ne gebrauchen dürfe, daß durch das ätiologische Moment das Krank- l in Symptomen, Verlauf und Anzug eindeutig festgelegt ist. In Sinne nur könne man von traumatischen Psychosen reden als von menkomplexen, die erfahrungsgemäß häufig nach Trauma aufzutreten die aber in gleicher Form und im gleichen Verlauf sich auch ohne rsache einfinden.

Digitized by Google

Von 12 in der letzten Zeit beobachteten Fällen fand Vortragender in 6 Fällen ein Krankheitsbild, dessen hauptsächliche Symptome, Depression bis zu schwerer Angst, assoziative und motorische Hemmung, katatone Symptome und Neigung zu rasch eintretender Demenz darstellen. Symptome organischer Gehirnerkrankung fehlten in diesen Fällen vollständig. Nach einer kurzen Schilderung einzelner dieser Fälle erörtert Vortragender die Frage, ob hier ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose vorlag. Für einen solchen Zusammenhang spricht die kurze zwischen Trauma und Einsetzen der Erkrankung liegende Zwischenzeit; es handelt sich um acht Tage bis einige Monate. Außerdem gingen dem Ausbruch der eigentlichen Psychose in den meisten Fällen Prodrome in Gestalt von eigenartigem Verhalten, Verstimmung usw. vorher; Erscheinungen, die häufig unmittelbar nach dem Unfall einsetzten. Auch die Gleichförmigkeit der Symptome weist auf die gemeinsame, traumatische Ursache hin. Ähnliche Krankheitsbilder sind von andern Autoren, z. B. *Edel*, *v. Muralt*, beschrieben. Letzterer zählt sie zu den katatonischen Psychosen. Vortr. möchte aber die geschilderten Fälle nicht einer bestimmten, chronologischen Gruppe zuweisen. Er glaubt vielmehr, daß sie verschiedenen Psychoseformen, viele Fälle z. B. dem Jugendirresein angehören, und daß nur der gleichartige Symptomenkomplex ihnen eine besondere auf die traumatische Entstehung bezügliche Färbung verleiht. Vielfach entstehen diese Formen auf dem Boden degenerativer Belastung oder anderweitiger, früher stattgehabter, dauernder Schädigung des Zentralnervensystems. In praktischer Beziehung ist von Bedeutung, daß solche Psychosen, namentlich wenn sie nur ausgesprochene Hemmung und Depression bei erhaltener Orientiertheit zeigen, dem oberflächlichen oder wenig sachverständigen Beobachter den Eindruck der Simulation machen können, ein Verdacht, der bei einem vorausgegangenen Unfall meistens naheliegend erscheinen möchte.

V. *Behr*-Lüneburg: Fall von halbseitiger partieller Microgyrie.

Behr- demonstriert einen Fall von halbseitiger, partieller, atrophischer Sklerose des Gehirns. Es handelte sich um einen 53jährigen Mann, der seit 15 Jahren in Irrenanstalten verpflegt wird. Lues, Alkoholismus oder andere ätiologische Momente fehlen. Der Kranke hat sich körperlich und geistig normal entwickelt. Ein halbes Jahr vor seiner Aufnahme in die Anstalt wurde er still, gedrückt, vernachlässigte seine Beschäftigung und ging in der Ernährung zurück. In der Anstalt zeigte er Hemmungserscheinungen und Depression. Etwa ein Vierteljahr nach der Aufnahme ein angeblich etwa 6 Tage dauernder schwerer epileptiformer Insult mit Zuckungen, besonders in den oberen Extremitäten und voller Bewußtlosigkeit, der eine leichte Schwäche im linken Arm zurückließ; auch wurde die Zunge ataktisch nach links herausgestreckt. Daneben fanden sich ungleiche, träge reagierende Pupillen und erhebliche Herabsetzung der Patellarreflexe. Die Lähmungen in Arm und Zunge verschwanden später, die Erscheinungen an den Pupillen

Digitized by Google

und Patellarreflexen blieben bestehen, Sprachstörungen waren in ausgesprochener Weise nicht festzustellen, doch bot der Kranke mit seinem jetzt dauernd euphorisch schwachsinnigen Verhalten ein der Paralyse ähnelndes Krankheitsbild. Später sind noch vereinzelte epileptiforme Anfälle beobachtet, die Lähmungserscheinungen nicht zurückließen; der Tod auch erfolgte in einem derartigen Anfall.

Die Sektion ergab an den Gefäßen der Basis eine mäßige Verdickung und weißliche Trübung der Wand. Die Pia beiderseits erheblich verdickt, links glatt abziehbar, während sie rechts an einzelnen Stellen mit der Rinde fester verwachsen war. Die ganze rechte Hemisphäre war erheblich kleiner als die linke. Im ganzen rechten Parietallappen zeigte sich eine starke Verschmälerung der Windungen, die kaum ein Drittel der Dicke der entsprechenden Windungen der linken Hemisphäre betrugen, sie sind kammartig verschmälert, dabei von derber, lederartiger Konsistenz. Die Zahl der Windungen ist in normaler Weise erhalten, die gut ausgeprägten Furchen reichen bis tief in die Gehirnsubstanz hinein und sind nur durch eine etwa $1^1/_2$ mm betragende schmale Leiste von dem erheblich erweiterten Seitenventrikel getrennt. Die gleichen Veränderungen fanden sich am rechten Gehirnlappen, besonders in der Gegend des vorderen Poles, weiter am rechten Temporallappen, wo die Verschmälerung besonders an der 1. und 2. Windung auffällt, während sie an der basalen Fläche nicht so deutlich hervortritt; dagegen zeigt hier ein Einschnitt bis in das sehr stark erweiterte Unterhirn des Seitenventrikels eine erhebliche kaum 1 cm betragende Verschmälerung der Wand, auch trennt hier nur eine schmale Leiste die Tiefe der Furchen von dem Ventrikel.

Abgesehen von der schon angedeuteten erheblichen Erweiterung des rechten Seitenventrikels, besonders des Unterhirns, bei offen stehenden For. Monroi und intaktem Plex. choroid. lateral.; bei normaler Entwickelung des linken Seitenventrikels findet sich weiter eine starke Atrophie der rechten zentralen Ganglien, besonders des Thalamus optic. und eine erhebliche Abnahme der kontralateralen linken Kleinhirnhemisphäre, die besonders die Marksubstanz betrifft. Eine genauere mikroskopische Untersuchung der Veränderungen an den zentralen Ganglien, am Cerebellum und besonders auch an der Medulla oblongata steht noch aus.

Mikroskopisch handelt es sich bei den vorhin näher beschriebenen Veränderungen an der rechten Hemisphäre um einen völligen Untergang besonders der Marksubstanz, an deren Stelle ein äußerst engmaschiges, feinfaseriges zellreiches Gliagewebe lagert. Die Rinde ist überall erhalten, allerdings stellenweise erheblich geschmälert, sie zeigt auch besonders in ihren oberen Teilen die normale Schichtung, dagegen findet sich in den tieferen Schichten der Rinde ein erheblicher Schwund der Ganglienzellen, die auch dort, wo sie erhalten sind, stark atrophisch sind. Die Zahl der Kapillaren ist vermehrt, sie verlaufen geschlängelt, zeigen Erweiterungen, an den größeren Gefäßen chronische entzündliche Verdickung der Wand, vielfach auch hyaline Gefäßveränderungen mit Verengerung und stellenweise zottig

thrombotischen Verschluß des Lumens. Die Gliapräparate von der Rinde ergeben eine beträchtliche Verdickung des subpialen Gliafilzes, eine starke Gliavermehrung in der oberflächlichen Rindenschicht.

Besonders lebhaft tritt die Gliawucherung im Mark sowohl wie in der Rinde in der Umgebung der Gefäße hervor, die allseitig von einer dicken Gliamembran umgeben sind, außerdem findet sich in der Tiefe der Rinde, und zwar je näher dem sklerotischen Mark desto ausgesprochener, eine frische perivaculäre Gliose mit zahlreichen, großleibigen, echten und unechten Spinnenzellen, die teils in der Gefäßwand lagern, teils aus einiger Entfernung ihren Fortsatz zur Gefäßwand schicken. Die nach *Pal* gefärbten Präparate entfärben sich völlig. Nervenfasern sind im Mark nur noch ganz vereinzelt nachweisbar.

Vortr. bezeichnet den Fall, der klinisch unter einem der Paralyse ähnlichen Bilde verlief, als halbseitige partielle atrophische Sklerose des Gehirns. Die Sklerose betrifft besonders die Marksubstanz, während der Prozeß in der Rinde weniger vorgeschritten, zum Teil auch noch frischerer Natur ist. Er weist auf die engen Beziehungen der Gliawucherung zu den Gefäßen hin und betont die Möglichkeit, daß die Sklerose des Markes ihren Ausgang von den Gefäßen genommen habe, indem die vielfach nachgewiesenen Veränderungen der Gefäßwand (Verdickung und hyaline Veränderung der Wand, Verengerung und gelegentlich Verschluß des Lumens) zu Ernährungsstörungen im Nervenparenchym und dadurch zum Untergang der Nervenfasern und sekundärer Gliawucherung geführt habe. Die Ernährungsstörung betrifft besonders das subkortikale Mark, weniger die Rinde, in der ja die Blutversorgung und damit die Ernährung eine bedeutend günstigere ist als im Mark. Auch die äußere Ähnlichkeit dieses Falles mit der Mikrogyrie wird angeführt, was an die Möglichkeit denken läßt, daß auch manchen Fällen von intrauterin entstandener Mikrogyrie ein ähnlicher von den Gefäßen ausgehender encephalitischer Prozeß zugrunde liegt.

Vortr. demonstriert ferner einen Fall mit zahlreichen metastatischen Tumoren des Gehirns.

Es handelt sich um einen 53jährigen Mann, der 13 Jahre vor seiner Aufnahme in die Anstalt erkrankte. Er wurde stumpf, vergeßlich, erlitt verschiedentlich Anfälle von Bewußtlosigkeit, die eine erhebliche Unsicherheit in den Bewegungen zurückließen. Während seines vier Wochen betragenden Aufenthaltes in der Anstalt zeigte der Kranke dauernd hochgradige Somnolenz, durch die die körperliche Untersuchung des Augenhintergrundes erheblich erschwert wurde. Es ließ sich eine linksseitige Hemiparese des Facialis und der Extremitäten nachweisen, die linke Lidspalte war enger als die rechte, die Pupillen gleich weit, reagierten prompt auf Lichteinfall und Accomodation. Der Patellarreflex war links erheblich gesteigert, das linke Bein wurde beim Gehen nachgeschleppt, dagegen wich die ataktisch hervorgestreckte Zunge nach rechts ab. Erbrechen, Pulsverlangsamung bestanden nicht, auch wurde nicht über Kopfschmerz geklagt. Der Kranke verfiel

Digitized by Google

, die Trübung des Bewußtseins nahm zu und im tiefen Coma erfolgte
d.
ie Sektion ergab einen großen schleimig entarteten Tumor, der die
des rechten Thalamus optic. und besonders des Nucleus caudat. ein-
die innere Kapsel war erhalten, wurde aber durch den Tumor stark
miert, ebenso wie auch die Gegend des III. Ventrikels stark nach
erdrängt war. Von dem Tumor waren nur am Boden noch unregel-
zerklüftete dunkelrote weiche Massen erhalten, sonst bildete er nur
oße dickwandige Cyste, die sich aus der Umgebung leicht heraus-
ließ. Nach dem rechten Seitenventrikel zu fand sich eine Per-
söffnung, durch die der bräunliche kolloide Inhalt des Cyste in den
Seitenventrikel und in den IV. Ventrikel gelangt war. Neben dieser
ulst finden sich überall im Mark und in der Rinde, hier zuweilen deut-
ilförmig, ferner links in den zentralen Ganglien und im Kleinhirn
he, annähernd hundert, metastatische, sehr weiche, stark hämorrhagische,
ine Erweichungszone von der übrigen Gehirnsubstanz abgegrenzte,
bis talergroße Tumoren. Die weitere Sektion stellte das Vorhanden-
es zellreichen Karzinoms der Bronchien fest. Es handelte sich also
die mikroskopische Untersuchung feststellte, um zahlreiche Karzinom-
sen bei primärem Karzinom der Bronchien.

. *Fontheim*-Göttingen: Zweifelhafte Geschäftsfähigkeit.
rtr. weist einleitend darauf hin, daß der Begriff der zweifelhaften
sfähigkeit häufig eine Rolle bei Gerichtsverhandlungen spielt und be-
ß die zu diesen Verhandlungen als Sachverständige zugezogenen Ärzte,
die Geschäftsfähigkeit einzelner Personen zu einer bestimmten Zeit
chten abgeben sollen, besonders dann unter schwierigen Verhältnissen
wenn der zu Begutachtende schon verstorben ist. Nach kurzer Be-
g dieser Schwierigkeiten führt Vortr. als Beispiele drei Fälle an.
ersten Falle handelt es sich um einen Mann, der in seinem Testament
setzlichen Erben übergangen hatte, worauf das Testament von seiten
n angefochten wurde. Die Todesursache war eine schwere maligne
ng im Arm. Die Behauptung, daß der Testator unzurechnungsfähig
sei, konnte nach dem vorliegenden Aktenmaterial nicht als bewiesen
n werden. Die für die angebliche Unzurechnungsfähigkeit vor-
en Beweisgründe genügten höchstens, um den Erblasser als „Sonder-
bezeichnen, von irgend welcher Geistesstörung war nichts nach-
, von hochgradiger Geistesschwäche konnte nicht die Rede sein. Der
ußte also als durchaus geschäftsfähig angesehen werden.
zweiten Falle, in dem gleichfalls die Testirfähigkeit angezweifelt
handelte es sich um einen schwer Tuberkulösen, der durch häufige
mit seiner Familie auffiel, der außerordentlich reizbar war und zu
eiten neigte. Aus den Akten geht hervor, daß der Testator ein von
auf psychopathisch belasteter, minderbegabter und leicht reizbarer

Digitized by Google

Mensch war, der vielfach von Krankheiten befallen wurde. Die Todesursache war Lungentuberkulose. Es bestanden keinerlei Wahnideen und Sinnestäuschungen, auch keine Geistesschwäche, die den Mann auf gleiche Stufe mit einem unmündigen Kinde gestellt hätte. Es konnte daher nicht als bewiesen angesehen werden, daß er beschränkt oder gar nicht geschäftsfähig war.

Der dritte Fall betrifft einen Apoplektiker, der kurz hintereinander zwei Schlaganfälle erlitten hatte und an einer schweren Influenza erkrankt war. In diesem Zustande hatte er, mit 40 Grad Fieber im Bette liegend, einen Kaufvertrag abgeschlossen, wobei er zwar auf einfache Fragen geantwortet hatte, im übrigen aber schwer benommen und zeitweise bewußtlos war. Außerdem war festgestellt, daß er nicht stehen konnte und Urin unter sich gehen ließ, das Zäpfchen war abgewichen und es bestanden Schluckbeschwerden. In Berücksichtigung dieser schweren Erscheinungen mußte angenommen werden, daß der Betreffende bei dem Rechtsakt derartig benommen war, daß infolge einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit die freie Willensbestimmung bei ihm ausgeschlossen war. *Geratenberg.*

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Die Handschrift der Geisteskranken.[1]) — Bei einer aufmerksamen Betrachtung von Schriften Geisteskranker muß auch dem ungeübten Auge die seltsame Form der Haarstriche auffallen, die eine ganz unmotiviert wellenartige Richtung zeigen, welche bei vorgeschrittenem Krankheitsstadium in einer Anzahl von Fällen in eine direkte Zitterschrift übergeht. Es ist dies ohne Frage das wichtigste pathologische Zeichen der Handschrift, welches sich ausnahmslos bei allen an Art und Grad noch so verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten findet. In seiner leisesten Gestaltung, die sich stets schon lange vor dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit in der Handschrift einstellt, handelt es sich um eine nur einmalige andersläufige Ausbuchtung eines Federzuges. Hier wird also ein rechtsläufig aufsteigender Zug (Richtung des Uhrzeigers) wie z. B. der einleitende Haarstrich des deutschen und lateinischen N und M ihn zeigt, durch einen linksläufigen unterbrochen (Fig. 1), oder es wird in einen linksläufigen Federzug, wie die rückläufige Form des deutschen und lateinischen A und O ihn veranschaulichen, eine rechtsläufige Krümmung eingeschoben (Fig. 2).

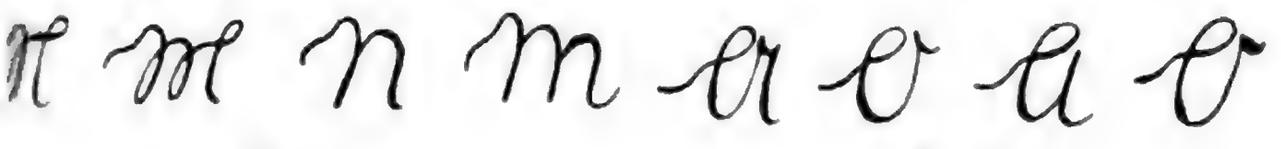


Fig. 1 Fig. 2

In vorstehenden Beispielen wurden absichtlich sehr deutliche Formen des Zeichens wiedergegeben, doch gewöhnt sich nach einiger Übung das Auge sehr schnell daran, auch bei seiner leisesten Form die falschen Züge, d. h. die unmotivierte Ablenkung der Feder aus der naturgemäßen Richtung mit Sicherheit zu erkennen.

---

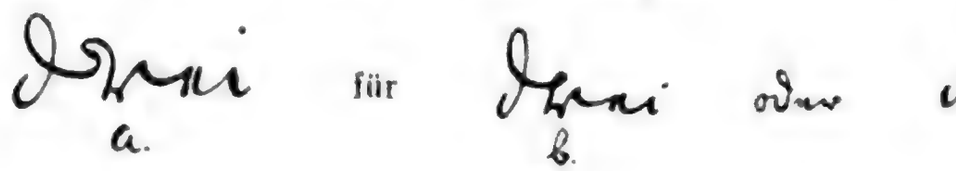
[1]) Die Redaktion glaubt, den vorstehenden Aufsatz der Prüfung der Fachgenossen vorlegen zu dürfen, zumal die Verf. versichert, in Philadelphia Gelegenheit zu Beobachtungen und zur Einsicht in die diesen Gegenstand betreffende Literatur gehabt zu haben und Verf. des Buches „Der psychologische und pathologische Wert der Handschrift", Lpz., Paul List, ist.

Digitized by Google

Eine bei weitem schärfere Form zeigt die zwei- oder dreimalige anders läufige Unterbrechung eines Zuges. Letztere besonders bildet bereits de Anfang der pathologischen Zitterschrift. Es muß hier hervorgehoben werde daß die physiologische Zitterschrift, wie sie sich als Folge von Alter, Kält Ermüdung einstellt, sich von jener wesentlich unterscheidet dadurch, daß s sich vorwiegend an absteigenden Federzügen zeigt, während jene sich a die aufsteigenden Züge, also die Haarstriche, beschränkt. Es ist dies inne lich begründet. Die absteigenden Federzüge stehen nämlich in Beziehun zu dem Körperlich-Pathologischen, es lassen sich an ihnen Störungen i Atmungs- oder Ernährungsprozeß mit Deutlichkeit erkennen, und zwar sin auch hier andersläufige Unterbrechungen das bestimmende Zeichen.

Ferner sind gerade die Aufstriche (an denen sich, wie bemerkt, da geistespathologische Zeichen findet) bedeutsam für das Intellektuelle. Ei Fortlassen von Nebenzügen, d. h. ein Fortlassen der Haarstriche zu Anfan und Ende von Worten und Silben, ist das handschriftliche Zeichen für Denk tüchtigkeit. Daß nun gerade diese Nebenzüge, welche der intellektuell Mensch gänzlich ausschaltet (er beginnt und schließt seine Worte mit Vor liebe mit einem Abstrich) von dem geistig Erkrankten erweitert, durch Aus buchtung verlängert werden, ist einer von den vielen feinsinnigen Zügen i der Psychologie der Handschrift.

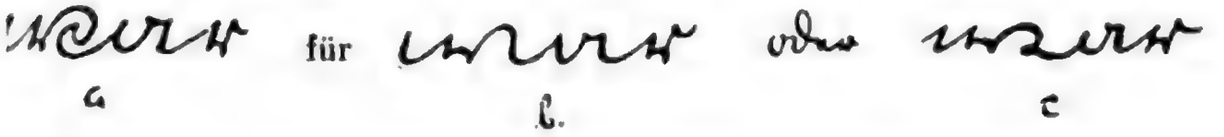
Es findet sich aber noch eine andere pathologische Erscheinung in de Schrift Geisteskranker, und auch diese steht im Widerspruch zu einer intellektuellen Zeichen, nämlich zu dem sehr wichtigen Zeichen für geistig Produktivität. Das hier in Frage kommende intellektuelle Zeichen besteh in einer Tendenz, eine ganze Silbe oder gar ein ganzes Wort aus einheitlic rechts- oder einheitlich linksläufigen Federzügen zu bilden. Es ist dies ei ungemein kompliziertes Zeichen, welches die Buchstaben und die einzelne Federzüge innerhalb der Buchstaben auf das willkürlichste umbildet. Wi haben nämlich typisch rechtsläufige Buchstaben, wie j, z, y, Rund-s, S, V W, P der deutschen und s, j, p, h, P, B der lateinischen Schrift und typisc linksläufige wie o, a, l, b, O, A, L, E der deutschen und o, a, d, f, O, A U, C der lateinischen Schrift. Ja, ein einzelner Buchstabe wechselt oft zwei mal die Richtung, wie das deutsche und lateinische g, h, I, H, D, G ode gar dreimal, wie das deutsche B und das lateinische Z. Da bedarf es eine sehr gründlichen Umbildens der Züge, wenn man ganze Silben und Worte i einläufiger Richtung schreiben will. Und in der Tat ist dies Zeichen wi kein anderes dazu angetan, die einzelnen Gebilde unserer Handschrift i originellster, geradezu schöpferischer Weise umzuformen, ganz neue, von de Kalligraphie niemals vorgezeichnete Federzüge entstehen zu lassen. Und i diesem Zeichen setzt die Schreibweise der Geisteskranken sich in gröbste Widerspruch. Erstens finden wir hier Bildungen wie



Digitized by Google

In dem Beispiel a wird der linksläufige Schlußzug am d und der rechtsfige Anfangszug am r in gröbster Form dicht nebeneinander gesetzt, es d auch nicht der leiseste Versuch gemacht, Richtungsunterschiede ausleichen, wie dies gerade bei diesem Beispiel sehr leicht zu erreichen ist. n kann hier nämlich entweder die linksläufige Form des d beibehalten l das r auch linksläufig einleiten, wie Form b des Wortes „drei" dies gt. oder man kann die Schleife oben am d in leiser Kurve zum rechtsfigen r herumbiegen, wie Form c des Wortes „drei" das veranschaulicht. ist dies übrigens die typische Form des Humorzeichens. Es gibt sogar h eine dritte Möglichkeit. Man kann die Linksschleife am d zlich fortlassen und diesen Buchstaben an seinem oberen Teil kt rechtsläufig herumbiegen und ihn so zu dem r herunterführen wie dies die charakteristische Form des Witzzeichens ist. S. I. Kapitel C. I und II in „Der psychologische und pathologische Wert der ıdschrift" von Magdalene Thumm-Kintzel, Verlag von Paul List, Leipzig.)

Zweitens findet sich selbstredend auch die umgekehrte Form dieses chens in Schriften Geisteskranker, es wird in derselben Weise ein linksfiger Federzug unmittelbar und ohne jeden Ausgleichsversuch an einen htsläufigen gefügt, z. B.



a b c

In Beispiel a wird der rechtsläufige Schlußzug am w hart an das daraufgende linksläufige a angeschlossen, während es doch viel einfacher ist, se Buchstaben in der Weise, wie Form b und c sie zeigt, zu verbinden. braucht wohl kaum erwähnt zu werden, daß diese doppelläufigen Verdungen, wie wir sie soeben kennen gelernt haben, sich nicht auf die gen Beispiele beschränken, sondern daß sie überall da vorkommen können, ein linksläufiger Federzug einem rechtsläufigen vorausgeht oder umgekehrt linksläufiger einem rechtsläufigen folgt. Ja, es werden sogar einläufige ge in dieser Weise doppelläufig gebildet, wie ich aus Schriften von Geistesnken beweisen könnte, doch würde das hier zu weit führen. Nur soviel chte ich noch bemerken, daß ich neuerdings beobachtet zu haben glaube, l es sich bei diesem Zeichen meist um maniakalische Kranke zu handeln eint.

Schließlich findet sich noch ein mehr äußerliches Zeichen in der Handrift Geisteskranker, auf welches schon von andrer Seite her hingewiesen rde, nämlich der Mangel an Korrektheit der Schreibweise. In seiner esten Form handelt es sich bei diesem Zeichen um ein Fortlassen von nktuationszeichen, d. h. von i-Punkten, u-Haken und ü-Strichen, hin und der wird auch mal ein Grundstrich fortgelassen, es wird ein n einstämmig er ein m zweistämmig geschrieben. Andrerseits werden Federzüge hinzufügt, ein n wird dreistämmig und ein m vierstämmig gebildet. Ferner

Digitized by Google

finden sich mannigfache kleine Punkte und Akzente über und unter den Worten, gleichsam als hätte die Feder gegen den Willen des Schreibenden kleine Exkursionen unternommen, wäre sie abgerutscht, oder als wäre der Arm an Bücher oder dergl. angestoßen. Von einem durch äußere Gründe verursachten Abrutschen der Feder kann hier aber nicht die Rede sein, weil solch überflüssige Züge sich stereotyp und in großer Anzahl bei Geisteskranken vorfinden, während ein Abrutschen der Feder doch nur ganz gelegentlich einmal vorkommt. Man kann übrigens auch an sich selbst beobachten, daß solche kleinen Punkte und Striche ohne äußere Gründe in der Handschrift erscheinen, wenn man nämlich in psychisch stark erregter Stimmung ein Schriftstück verfaßt. Kontrolliert man sich hier scharf, dann wird man wahrnehmen, daß die Hand hier und da eine leichte, ungewollte Bewegung macht, durch welche kleine Punkte und akzentartige Striche entstehen, die oft eine so geringe Ausdehnung zeigen, daß sie nachträglich mit dem Auge kaum wahrnehmbar sind; dagegen war die Muskelbewegung in Hand und Arm stets sehr deutlich fühlbar.

Bei vorgeschrittenen Stadien von Geisteskrankheiten und zwar besonders bei der Paralyse finden sich solch äußere Inkorrektheiten so zahlreich in einer Handschrift, daß sie völlig unleserlich wird.

Übrigens glaube ich beobachtet zu haben, daß das ersterwähnte Zeichen, die anti-intellektuellen Krümmungen allein — also in Verbindung mit orthographischer Korrektheit — nur bei rein psychischen Störungen sich findet, bei den verschiedenen Formen von Manien, bei Melancholie, Verfolgungswahn, auch bei Hysterie und Epilepsie, also bei jenen psychischen Erkrankungen, wo eine anatomische Veränderung des Gehirns sich nicht nachweisen läßt. Bei den eigentlichen Gehirnkrankheiten dagegen finden sich stets beide Arten von Zeichen nebeneinander, wie man das besonders bei der Paralyse beobachten kann.

Schon diese wenigen Ausführungen erweisen, daß die Handschrift einen hohen diagnostischen Wert besitzt und daß sie es gestattet, das allmähliche Entstehen einer Geisteskrankheit und ihr stetes Fortschreiten — durch eine Reihe von zeitlich auseinanderliegenden Schriftproben — mit größter Genauigkeit festzustellen. Hier liegt ihr Wert für den Psychiater. Aber auch der Richter, der Kriminalist sollte, gestützt auf handschriftliche Untersuchungen, Klarheit über den Geisteszustand eines Verbrechers zu gewinnen suchen. Wir dürfen hoffen, daß auf Grund eines erweiterten Studiums der Psychologie der Handschrift ein großer Teil der Rechtsurteile ein menschlicheres Gepräge zeigen wird, daß infolge von handschriftlichen Diagnosen ein bedeutender Prozentsatz sogenannter Verbrecher nicht der erbarmungslos vergeltenden Gerechtigkeit, sondern der milden Obhut des Psychiaters überliefert werden wird.

Magdalene Thumm-Kintzel

Digitized by Google

ı Heidelberg — hat sich am 23. Juni eine forensisch-psychologische gung mit 60 Mitgliedern gebildet, die sich die Aufgabe stellt, durch e und freie Besprechung alle, die als Mediziner, Geistliche, Juristen, ungs- und Gefängnisbeamte an der Rechtspflege und allgemeinen rtspflege beteiligt sind, zum gemeinsamen Austausch der Erfahrungen schauungen über die zweifelhaften Fragen zu vereinigen. Geschäfts- Prof. Dr. *Endemann*. (Frkf. Ztg. Nr. 178.)

---

ie Volksheilstätte für Alkoholkranke „Waldfrieden" bei berg — ist mit Unterstützung der Versicherungsanstalten der Provinzen burg und Sachsen erweitert worden und zu der bisher offenen Kur- sind zwei Gebäude auf dem 170 Morgen großen Terrain als ge- ne Abteilungen neu erbaut worden.

---

enfürsorge im alten Mannheim. — Es entnehmen die Mann- eschichtsblätter dem Ratsprotokoll vom 28. April 1674: „Bartholo- rstmann ist angedeutet worden, daß derselbe und seine Hausfrau nsinnige Schwester, welche umb Verhütung Unglücks in die äußerste ammer unterm Neckertor allhie gesetzt werden müsse, weil man kein ander Behälter vor sie gehabt, mit Essen, Trinken und übriger so lang versehen solle, bis man erfahren möge, ob es sich mit ihr ı zur Besserung anlassen, oder aber das französisch Konsistorium n möge, daß dieselbe nacher Heidelberg ins Tollhaus aufgenommen ıd soll inzwischen ihme Gerstmann wöchentlich 1 fl. vor ihre Unter- gereichet werden." Weiter heißt es im Ratsprotokoll vom 14. März achdem in des Stadtdieners Hauß, alwo Jonas Racquet wohnet, ein nsch Namens ..... aus dem französischen Consistorio weilen es ht bei Verstand war, vor geraumer Zeit gesetzet worden, und man einhabende Cammer sehr benötiget, als solle Herr Dr. la Rose er- Consistorio es remonstriren, auf daß sie selbiges aus dem Gemach n." (Neue Badische Landesztg. No. 263 1905.)

---

sammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran —30. Sept. 1905. — In der Abteilung „Neurologie und Psychiatrie" n Einführenden Dr. *v. Kaan*-Meran, Prof. Dr. *Mayer*-Innsbruck, *ıtarovich*-Pergiac, haben Vorträge angemeldet: 1. *Edinger*-Frankfurt: des Hirnmantels in der Tierreihe. 2. *Eulenburg*-Berlin: Über Selbst-

Digitized by Google

morde im jugendlichen Lebensalter. 3. *Hartmann*-Graz: Thema vorbehalten. 4. *Hausmann* jun.-Meran: Zur Kenntnis der Arsengewöhnung. 5. *Higier*-Warschau: a) Familiäre amaurotische Idiotie und familiäre Kleinhirnataxie des Kindesalters; b) Die akute retrobulbäre Neuritis optica. 6. *Marburg*-Wien: Thema vorbehalten. (Mit mikroskopischen Demonstrationen.) 7. *Meschede*-Königsberg: Thema vorbehalten. 8. *Meyersohn*-Schwerin i. M.: Über Amentia bei Infektionskrankheiten. 9. *Neißer*-Bunzlau: Die sogenannte agitierte Melancholie. 10. *Pazeller*-Meran: Über unblutige Nervendehnung bei Neuritis und Neuralgien. 11. *O. Pollak*-Meran: Über zwei für die Pathologie wichtige Entwicklungsanomalien des zentralen Nervensystems zweier sehr junger Embryonen. 12. *Raimann*-Wien: Über pathologische Alkohol-Reaktion. 13. *Redlich*-Wien: Thema vorbehalten. 14. *Stiefler*-Innsbruck: Zur Klinik der neuralen Form der Muskelatrophie. 15. *Stransky*-Wien: Thema vorbehalten. 16. *Weygandt*-Würzburg: Thema vorbehalten.

In Budapest — wird vom 11.—16. Sept. 1905 der zehnte internationale Kongreß gegen den Alkoholismus stattfinden. Anmeldungen und Anfragen beim Kongreßbureau Dr. *Philipp Stein*-Budapest, Központi városháza.

Aus Göttingen. — In der vorjährigen Jahressitzung wurde eine Anzahl von Gruppenphotographien der Besucher auf der Rasenmühle angefertigt. Eine Anzahl dieser von einem Patienten angefertigten Bilder ist durch die Anstaltsdirektion für den Preis von ca. 2 M. abzugeben.

Aus Paris. — Die „Association mutuelle des médecins aliénistes de France", gegründet 1865 von *Baillarger*, jetzt in der Mitgliederzahl von 136 Kollegen, hat mit dem Bestande Ende 1903 im Jahre 1904 eingenommen 16737 Frcs. und ausgegeben 11554 Frcs. Unter den Einnahmen figurieren 35 Anstalten mit meist 100 Frcs. und einem Zuschuß der Regierung mit 1200 Frcs. Das Vermögen beträgt zurzeit 257219 Frcs. Präsident ist Dr. *Christian*, Schatzmeister Dr. *Mitivié*. (Ann. med.-psych. 1905 p. 157.)

Nekrolog John Sibbald. — Die Wissenschaft, besonders die Psychiatrie beklagt einen herben Verlust, Schottland einen seiner besten Söhne, die Freunde mit der Familie eine unersetzliche Lücke. Ein scharfer praktischer Verstand, ein gutes Herz und ein sympathisches Wesen unterstützten die zielbewußten Bestrebungen Sir *Johns*, denen die hohe Stufe des Irrenwesens

Digitized by Google

Schottland wesentlich mit zu verdanken ist, und die ihm einen dauernden und ehrenvollen Platz in der Geschichte der Psychiatrie sichern.

Nachdem Sir *John* 1899 mit 70 Jahren die festgesetzte Altersgrenze erreicht hatte, trat er von der Stellung eines Commissioner in Lunacy zurück. Vor einigen Monaten befiel ihn eine ernste von vornherein aussichtslose Gehirnkopferkrankung, die indes bis zum letzten Augenblicke seine Geistesfähigkeiten intakt ließ. Er endete, wie man es einem guten Mann nur wünschen kann, inmitten seiner zahlreichen Familie, in Frieden.

1833 in Edinburg geboren, studierte er u. a. in Paris und war dann Assistent in Mornigside; weiterhin Schüler von *Griesinger* in Berlin. Als Superintendent im Argyll Asylum war er der erste in Großbritanien, der die sog. Lufthöfe beseitigte. Seit 1870 gehörte er dem Irrenamte an. Seine Ruhe und Beharrlichkeit, seine gründliche und gewissenhafte Tätigkeit gewannen ihm bei den Behörden einen großen Einfluß, der sich unter anderm auch dahin zeigte, daß er noch einen Besuch in Alt-Scherbitz machte, seine Pläne für moderne Irrenanstalten in Bangur und Aberdeen durchsetzte und ihre Verwirklichung zum Teil noch erleben konnte. Seine wissenschaftlichen Aufsätze: „Geistesstörung in ihrer öffentlichen Erscheinung", „Statistik" (insbesondere der Nachweis, daß Selbstmorde nicht zugenommen haben) und verschiedene kleine Arbeiten im „Journ. of M. S. c." sind Muster von Klarheit, Fleiß und Vorurteilslosigkeit. Der Erfolg des internationalen Kongresses zur Steuerung des häuslichen Elends in Edinburg, 1904, beruhte hauptsächlich auf seiner Energie und Geschicklichkeit der Leitung. Es sei dem Verf. gestattet, aus einem Briefe vom 31. Dezember 1904 einige Worte zu reproduzieren: „Mit Recht sagen Sie, daß unsere Ideen über Geistesstörung sich geändert haben. Wie alle alten Leute ändere ich meine Ansichten nicht rasch. Zum Beispiel bin ich nicht des Glaubens, daß unsere sozialen Zustände mehr Geisteskrankheiten hervorbringen, als die unsere Vorfahren in zwei- oder dreihundert Jahre früher hervorgebracht haben. Das Gerede über die Zunahme von Geistesstörung, welche der zunehmenden Macht der Vererbung zuzuschreiben sei, ist Unsinn. Heredität hatte ebenso viele Macht vor der ägyptischen Dynastie, als sie jetzt hat. Zweifellos ist der Umfang der Geistesstörung ein schwankender, d. h. die sozialen Zustände gewisser Perioden und gewisser Örtlichkeiten haben auf die körperliche und geistige Gesundheit einen weniger günstigen Einfluß als andere; aber im allgemeinen ist geistige Störung in der Welt jetzt nicht mehr im Zunehmen, als irgend in einer früheren Zeit. Die hochentwickelte Gesellschaft Europas — in der, wie gesagt wird, geistige Störung so häufig vorkommt — ist empfindlicher für das Vorhandensein abnormer Bestandteile, als es weniger hochorganisierte Gemeinwesen sind. Ich glaube, die Theorie Weismanns oder eine andere derselben Klasse kommt der Wahrheit näher als eine sonstige, welche eine rapide Degeneration oder eine rapide Vervollkommnung von Rassen in sich schließt. Aber das ist ein zu umfangreicher Gegenstand für einen Brief. . ."

Hermann Kornfeld.

Digitized by Google

Personal-Nachrichten.

Dr. *Eduard Kundt*, Oberarzt der Kreisirrenanstalt zu Deggendorf, ist z Direktor der Anstalt.

Dr. *Gustav Kolb*, 2. Ass. der Kreisirrenanstalt zu Bayreuth, ist als Ober zum Leiter der zweiten Oberfränk. Kreisirrenanstalt zu Kutzenb ernannt.

Dr. *Schroeder*, Dir. der Prov.-Anstalt zu Eickelborn, hat sich pensionie lassen und an seine Stelle ist der 1. Ass. der Prov.-Anstalt Marsb Dr. *Kleffner*, getreten.

Dr. *Danckwarth* ist zum Direktor der Heilstätte Waldfrieden b. Fürstenwa ernannt.

Dr. *Marburg* und *Reimann* haben sich an der Univ. Wien für Psychiat habilitiert.

Dr. *Felix Matusch*, Med.-Rat und Dir. der Landesheilanstalt zu Sachsenb hat den Charakter als Obermed.-Rat erhalten.

Dr. *Selle*, Dir. der Prov.-Heilanstalt zu Neuruppin, hat den Roten Adleror 4. Kl. erhalten.

Dr. *Wernike*, Geh. Med.-Rat, Prof. o. und Dir. der psychiatrischen Klinik Halle, ist infolge eines Unglücksfalles gestorben.

Digitized by Google

Heinrich Laehr †.

Am 18. August ist Heinrich Laehr, der fünfundhtzigjährige, zur Ruhe gegangen.

In durchsichtiger Klarheit, wie nach einem Hochmmertage, hat sich der Tag zur Nacht gewandelt, d in langen Schatten leuchtet es noch über das ntefeld eines an Arbeit und Segen ebenmäßig chen Lebens.

Bestimmtheit, Milde und Klarheit, das sind in lendeter Legierung diejenigen Ausdrucksformen der ele, auf die das Alter wirkt wie auf Bronze der elrost. Wir nennen's beim Menschen Weisheit. So ıen wir's bei Heinrich Laehr.

Ihn kennen, hieß ihn verehren.

In diesen Blättern, die ihm Alles danken, wird inrich Laehr, der Forscher und Mäcen, der Arzt l Mensch, lebendig bleiben.

Walter de Gruyter.

Digitized by Google

Heinrich Laehr †.

So ist er denn dahingegangen, der alte *Laehr*, dahingegangen zu seinen längst verstorbenen Freunden und Mitarbeitern, den *Damerow* und *Zeller*, *Voisin* und *Falret*, *Hack Tuke* und den anderen allen, die ihm im Leben Freunde und Genossen waren.

Wir nannten ihn den alten *Laehr* zu einer Zeit, wo er tatsächlich älter als wir anderen war, und wir behielten diesen Namen bei, als er längst nicht mehr zutraf, und er der Jüngere, wir aber die Älteren geworden waren. Denn das war das Wunderbare an ihm, daß ihn das Alter von körperlichen Beschwerden zwar nicht freiließ, im übrigen aber die volle Fülle seiner Gaben über ihn ergoß.

Von jeher ruhig und gemessen, ließ er lieber die andern an sich herantreten, als daß er sich ihnen aufgezwungen hätte. Hatte man aber die Schale zerbrochen und sein Interesse wachgerufen, dann war man überrascht von der Weite seines Wissens und dem Eingehenden seines Urteiles, dem keineswegs eine gewisse Schärfe fehlte.

Von einem erstaunlichen Gedächtnisse unterstützt und von jeher an methodisches Denken gewöhnt, hatte er sehr bald den Faden der Unterhaltung in die Hand genommen, und wie gern hörten wir ihm zu, mochte er sich nun auf historischen Pfaden ergehen, oder der Zukunft der Psychiatrie gedenken. Denn immer traf er das Richtige, und stets waren seine Ausführungen ebenso korrekt wie klar. Und hier hatte das Alter geradezu verklärend eingewirkt.

Es war etwas von einer olympischen Ruhe und Klarheit über ihn ausgegossen, ein Hauch des Friedens und der Versöhnung, dessen Einflusse man sich nicht entziehen konnte, aber auch nicht entziehen wollte.

Digitized by Google

Nicht als ob ihn das Kleine und Menschliche nicht mehr rührt hätte. Das war wohl der Fall, und mit vollem Interesse gte er dem großen Gebiete der Psychiatrie auf allen ihren egen, verfolgte er die Wanderung jedes einzelnen und wußte er dessen Können und Befähigung oft besser Bescheid, als ier selbst.

Vor mir liegt ein langer Brief, den er genau acht Tage vor nem Tode an mich gerichtet hat. Darin sagt er von sich bst: „Zu solcher Höhe habe ich mich freilich noch nicht empor-rbeitet, um Stoiker zu sein. Ja, in meiner menschlichen hwäche möchte ich nicht einmal so hoch stehen. Man würde ncherlei Freude auf solcher philosophischen Höhe entbehren issen!“

Stoiker wollte er demnach nicht sein. Er wollte sich des bens freuen, selbst auf die Gefahr hin, daß er manches Leid, nche Enttäuschung mit in den Kauf zu nehmen habe. Und nn ihm auch beides nicht erspart geblieben ist, so war sein ben an Ehren und Erfolgen doch in seltenem Maße reich.

Niemals haben ihn bei seinen Unternehmungen Rücksichten s Gewinnes bestimmt, und ich und andere haben ihn früher er für einen unpraktischen Schwärmer gehalten, der seine oretischen Erwägungen über die Anforderungen des eigenen rteiles stelle.

Wer indes Gelegenheit hatte, den prächtigen Park zu durch-reiten, den seine unermüdliche Hand aus märkischem Sande schaffen, wer durch die schattigen Alleen wandelte und die rschiedenen Pavillons der Kranken besuchte, oder wer seine ntnisse auch nur aus den Bilderwerken geschöpft hat, die ehr im Laufe der Jahre über seine Anstalt Schweizerhof ver-ntlichte, der muß sich sagen, daß hier ein Mann Großes voll-cht, aber auch Großes gedacht hat, und daß das Geschick iem redlichen und durch und durch selbstlosen Streben seine folge — ich möchte fast sagen: ausnahmsweise — nicht ver-gt hat.

Der Schweizerhof ist die großartige Schöpfung *Laehr*s, und ch hier kann ich es mir nicht versagen, auf seinen Brief vom August zurückzugreifen. Er schreibt dort: „Auch die jetzt

Digitized

einzige Lage von Schweizerhof mit seiner Nähe von Berlin und doch durch seine Größe ungestörten Ruhe für die Kranken will man mir rauben. Man will das Terrain durchaus höher besteuern, während ich als einen Vorzug den bisherigen Pensionspreis festhalte, der den Kranken zugute kommt . . . "

So war der alte *Laehr*, ein Mann aus einem Guß.

Über seine literarischen Verdienste und von dem, was er in seinem langen Leben alles getan und vollbracht hat, was er der deutschen Psychiatrie gewesen und was sie mit ihm verloren hat, wird von berufener Hand in ausführlicher Weise berichtet werden.

Mir kam es nur darauf an, auf das Grab des toten Freundes ein Lorbeerblatt niederzulegen und seiner kurz zu gedenken.

Und selbst das wäre nicht vollständig, würde ich nicht mit einem Worte bei der geradezu fürstlichen Freigebigkeit verweilen, womit er seine Mittel in den Dienst der Wissenschaft und der Wohltätigkeit stellte.

Ich weiß, daß ich mit diesem Gedenken seinen Wünschen nicht entspreche, und daß er, wenn er noch am Leben wäre, mit einem milden Lächeln darüber hinweggehen würde.

Aber da es nun einmal zu dem Ganzen gehört, so muß es auch hier erwähnt und darauf hingewiesen werden, wie ohne seine Hülfe das so überaus segensreich wirkende Haus Schönow sicherlich nicht in das Leben getreten wäre, und wie er noch zuletzt für psychiatrische Zwecke eine Stiftung begründet hat, die mit Recht seinen Namen trägt, weil sie sein eigenstes Kind ist.

In dieser Stiftung wird er fortleben in der Psychiatrie und in der Erinnerung der Psychiater, die seinem Herzen so nahe standen, und in ihr hat er sich ein Monument errichtet, aere perennius.

Pelman.

Digitized by Google

r Symptomatologie der Dementia praecox.[1])

Von

Oberarzt Dr. **Albrecht**, Treptow a. Rega.

(Hierzu 4 Kurven.)

'm in der noch immer in lebhaftem Fluß befindlichen Frage ementia praecox (*Kräpelin*) ein eigenes Urteil zu gewinnen, int es unerläßlich, eine größere Anzahl von einschlägigen engeschichten genau durchzugehen. Als ich eine derartige unternahm, traten für mich einige Fragen besonders in ordergrund, deren weitere Prüfung besonders wünschenswert en, so Feststellungen über die ersten Krankheitserscheinungen, nach *Kräpelin* meist in einer Depression bestehen, ferner en körperlichen Beeinträchtigungswahn, der *Kräpelin* eine störung der Dementia praecox zu sein scheint, endlich über ndstadium der bezüglichen Krankheitsfälle.

ls Grundlage für die nachfolgenden Untersuchungen dient s in der Zeit vom 1. April 1900 bis 1. April 1904 in der n Heilanstalt zugegangene Krankenmaterial, nach Abzug iederholten Aufnahmen 693 Fälle (346 M. 347 Fr.); davon unter die Diagnose der Dementia praecox 202 Fälle, also aller Aufnahmen. Als Dementia praecox wird hierbei jene Form des Irreseins angesehen, wie sie *Kräpelin* in Auflage seines Lehrbuchs beschreibt.

ei der Verschiedenartigkeit aller der Dementia praecox chneten Zustandsbilder und der nicht immer leichten

---

[1]) Aus der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega.

Abgrenzung von anderen Psychosen besteht eine gewisse Gefahr, in diesen großen und bequemen „Sammeltopf", ähnlich wie es früher mit der Paranoia ging, zuviel hineinzuwerfen, und der relativ hohe, von mir angegebene Prozentsatz könnte diesen Verdacht bestärken. Ich halte deshalb einige Bemerkungen über die Art der Abgrenzung meiner Fälle von andern psychischen Krankheitsbildern für geboten. Ich habe Fälle, die mit einem irgendwie erheblichen Grad von Imbezillität und ausgesprochen hysterischen Symptomen einhergingen (11 M. 10 Fr.), ganz ausgeschieden, da es meist schwer zu sagen ist, was bei derartig kombinierten Psychosen auf Rechnung dieser und jener Psychose zu setzen ist. Die Abgrenzung gegen die akute Verwirrtheit (Amentia) fällt praktisch bei der Seltenheit der Amentia und der Größe meiner Zahlen nicht erheblich ins Gewicht; in den vier Jahren sind nur vier Fälle hier beobachtet, bei denen auf Grund einer greifbaren äußeren Schädlichkeit sich der für Amentia charakteristische Symptomenkomplex entwickelt hatte, zwei davon erwiesen sich aber mit Sicherheit zur Dementia praecox gehörig und sind hier mit eingerechnet; einer davon betrifft eine noch hier befindliche ausgesprochene Katatonie, der andere eine im geistigen Schwächestadium mit verworrenen Wahnideen kürzlich zum zweitenmal entlassene Dementia paranoides. Sehr schwer ist oft die diagnostische Entscheidung zwischen Dementia praecox und Melancholie mit Übergang in geistige Schwäche. Unter gebührender Berücksichtigung der affektiven Grundlage der Melancholie, der ängstlichen Hemmung mit nicht seltenen Wort- und Handlungsstereotypien, des auf Wahnbildungen oder Sinnestäuschungen beruhenden Pseudostupors, der Zugänglichkeit der Kranken, ihrer Besonnenheit und Erinnerungsfähigkeit gelingt jedoch meist die Abgrenzung beider Krankheitsbilder, und ich habe in Übereinstimmung mit *Kräpelin* gefunden, daß eine einfache Melancholie in jungen Jahren etwas sehr Seltenes ist und sich fast immer über kurz oder lang als eine Verlaufsphase einer andern Psychose, meist des manisch-depressiven Irreseins herausstellt. Von den 43 hier zur Beobachtung gelangten Melancholien des Zeitraums von 1900—1904 war keine im jugendlichen Alter befindliche; nur eine trat in den dreißiger Lebensjahren auf, alle

Digitized by Google

nderen jenseits des 40. Lebensjahres und 85% jenseits des
). Jahres, also des engern Rückbildungsalters, das bei Frauen
besonders scharf ausgesprochen ist. Ich habe keinen Fall
ter die Dementia praecox gerechnet, bei dem die Entscheidung
ch nur zweifelhaft sein konnte. — Ebenso wurde verfahren
i der Differentialdiagnose gegenüber der progressiven Para-
se, wo bei fehlenden oder wenig ausgesprochenen Lähmungs-
scheinungen zumal bei negativistischem Verhalten des Kranken
e Diagnose lange Zeit erheblichen Schwierigkeiten begegnen
nn. — Sehr schwer war ferner öfters die Abgrenzung der
mentia praecox mit periodischem Verlauf von dem manisch-
pressiven Irresein. *Kräpelin* ist zwar der Ansicht (S. 234
nes Lehrbuchs), daß viele der periodischen, nicht zirkulären
bsuchten dem Gebiet der Katatonie angehören, kann es andrer-
ts aber auch nicht in Abrede stellen, daß auch beim manisch-
pressiven Irresein ähnliche, d. h. in geistige Schwäche aus-
hende Krankheitsbilder vorkommen. Ich habe alle Fälle, bei
nen trotz zum Teil erheblicher Verblödung ein ziemlich regel-
Biger Wechsel von manischen und depressiven Zuständen in
Augen fiel und demnach die Auffassung strittig sein kann,
dieser Arbeit außer Betracht gelassen. — Bezüglich der
ranoia habe ich mich, um nicht verschiedene Gesichtspunkte
die Einteilung der Psychosen überhaupt in diese Arbeit hin-
zutragen, ebenfalls auf den *Kräpelin*schen Standpunkt gestellt
l komme bei der Dementia paranoides darauf zurück. Hier
chte ich nur bemerken, daß die Zahl der Fälle, in denen die
ferentialdiagnose zwischen Dementia paranoides und Paranoia
stlich in Frage kommen könnte, nur sehr gering ist, und
ne reinen Fälle bei Zurechnung der strittigen zur letzteren
m um $^1/_2$% herabgedrückt würden. In allen anderen Fällen
r die geistige Schwäche, Wechsel und Verworrenheit der
hnideen zu auffällig, um Zweifel an der Diagnose aufkommen
lassen. — Ich habe im ganzen diese Beschränkung auf un-
eifelhafte Fälle der Dementia praecox vorgenommen, weil es
jedenfalls eher im Interesse der Untersuchung zu liegen
ien, den Kreis meiner Fälle einzuengen, als ihn in angreif-
er Weise zu erweitern.

Digitized

I. Hebephrenische Formen.

Hierunter sind diejenigen Fälle gerechnet, bei denen im Vordergrund des Krankheitsbildes dauernd eine geistige Schwäche mehr oder minder hohen Grades stand; Sinnestäuschungen, Wahnideen und katatone Symptome traten wohl vorübergehend aufnahmen aber niemals ein das Krankheitsbild beherrschendes Gepräge an und traten vor allen Dingen in den Endzuständen fast ganz zurück. Unter diese Form sind nun 56 meiner Fälle einzureihen (30 M. 26 Fr.), gleich 8% der Gesamt-Dementia praecox. Es übertrifft der Häufigkeit nach um ein Geringes das männliche Geschlecht das weibliche (Verhältnis 3,1 : 2,5).

Es stimmt diese Beobachtung mit der von *Bertschinger* (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901 Bd. 58) gemachten. Ob dieses Überwiegen der Männer nur ein scheinbares ist und durch das Verbleiben einfach verblödender Frauen außerhalb der Anstalt verursacht wird, entzieht sich mangels sicherer Unterlagen meiner Beurteilung. — Erbliche Belastung, worunter ich Geistes- und Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord, auffallende Straftaten bei Blutsverwandten in direkter oder Seitenlinie, nicht aber Blutsverwandtschaft der Eltern, nicht uneheliche Geburt und Allgemeinkrankheiten wie Gicht, Tuberkulose und Schlaganfall in höheren Jahren rechne, fand ich bei der Hebephrenie in 24 Fällen (10 M. 14 Fr.), also nicht ganz der Hälfte. Die erbliche Belastung durch Geistes- oder Nervenkrankheit spielt mit 16 Fällen die Hauptrolle, darunter in $^2/_3$ Krankheiten der Eltern, Großeltern und Geschwister; in sechs Fällen finden sich Trunksucht und in zwei Fällen mehrere belastende Momente. Nächst geistigen Abnormitäten der Verwandten spielt somit die Trunksucht und zwar ausnahmslos des Vaters eine unverkennbare Rolle. Es stellen natürlich meine Zahlen nur Minimalzahlen dar, in Wirklichkeit werden dieselben wohl größer sein, da in Arbeiterkreisen, aus denen sich unsere Aufnahmen hauptsächlich rekrutieren, derartigen namentlich leichteren geistigen Abweichungen nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird, wie wir selbst bei Besuchen von Angehörigen nicht selten festzustellen Gelegenheit hatten.

Äußere Gründe spielen für den Ausbruch der Hebephrenie

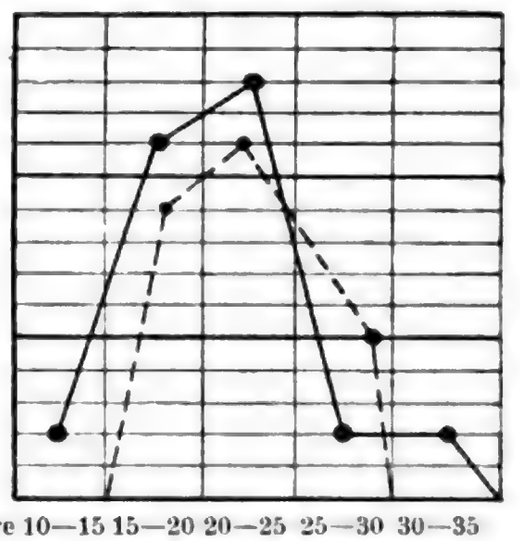
Digitized by Google

neinen Fällen keine Rolle; einmal käme vielleicht Haft in
e, wahrscheinlich war hier aber das unsoziale Verhalten in
t von Betteln und Vagabondage schon Ausdruck einer
ichend einsetzenden Erkrankung.

Kriminelle Vergehen fand ich bei den Frauen keine, bei
Männern drei; einmal war eine Brandstiftung bereits in
skrankem Zustand begangen und führte zur Anstaltsversor-
einmal fand ich Vagabondage als Folge einer wahrschein-
schon bestehenden Hebephrenie, einmal Militärvergehen,
Jahre vor der ersten Anstaltsaufnahme, das zur Bestrafung

.

Über die Zeit der Erkrankung gibt beifolgende Kurve
hluß, in welcher wie später die punktierte Linie die Er-
ungszahl der Frauen, die volle die der Männer darstellt;
ner Frau war der Beginn zeit-
nicht festzustellen. Es fällt
ch der Beginn der Hebephrenie
— zu 84 % — vor das
bensjahr; von 30 M. erkranken
r diesem Zeitpunkt, zwei bis
Jahren und je einer mit 31
Jahren; von 25 Fr. erkranken
zum 25. Jahr, 5 weiterhin
m 30. Jahr. Etwaige frühere
rgehende Erregungen oder
neitszeichen bei den im höhern Lebensalter Erkrankten
ich nicht feststellen.



ber die Art des Beginns der Psychose fehlen in fünf
Nachrichten. Bei den übrigen 51 fand ich 22 mal (14 M.
einen ausgesprochen depressiven Beginn mit vier energi-
z. T. mehrmals wiederholten Selbstmordversuchen. Während
in bei der Hebephrenie den Beginn mit trauriger Ver-
ng und hypochondrischen Ideen für den selteneren hält,
er bei mir somit fast die Hälfte der Fälle und kommt im
beinahe der wenig größeren Gruppe des Beginns mit
nbestimmten Symptomen gleich. Als Ausdruck der De-
n finde ich bei meinen Fällen angegeben: Tiefsinn, Traurig-

Digitized by Google

keit, Weinen, Angst, Selbstvorwürfe, Unwürdigkeitsideen, hypochondrische Vorstellungen, nicht selten von Kopfschmerz, Schwindel und dem Gefühl, als ob vom Magen etwas hochsteigt, begleitet. In vier Fällen (1 M. 3 Fr.) war der Beginn mehr manisch, mit Neigung zum Umherlaufen, Lachen, Schwatzen.

In 25 Fällen (12 M. 13 Fr.) leitete sich die Krankheit mehr chronisch und unbestimmt ein mit allmählichem Nachlassen der geistigen Kräfte, Versagen der Arbeitsfähigkeit, Reizbarkeit, krankhaftem Eigensinn, Neigung zum Umherstreifen. Einige Male kam es vorübergehend zu Verwirrtheit, bald abblassenden Wahnideen und Sinnestäuschungen, denen dann unmittelbar ein geistiger Schwächezustand folgte. Diese geistige Schwäche zeigt sich häufig nicht so sehr auf dem Gebiet der Verstandesleistungen, denn Gedächtnis und Schulkenntnisse sind oft überraschend gut erhalten, als vielmehr auf dem Gebiet der gemütlichen Verblödung und der mangelnden Entschlußfähigkeit. Die Kranken dämmern in den Tag hinein, äußern kein Verlangen nach Änderung ihrer Lage, nach Lektüre; Briefe oder Besuche von ihren Angehörigen entlocken ihnen kaum ein Zeichen der Teilnahme; ihre frühere Tätigkeit, ihre Zukunft ist ihnen gleichgültig, jeder energische Vorsatz fehlt. Gerade dies Mißverhältnis zwischen den guten intellektuellen Leistungen und den erheblich gestörten gemütlichen Vorstellungen und Willensantrieben, auf die bereits *Stransky* als Ausdruck des Verlustes der inneren Einheitlichkeit die Aufmerksamkeit gelenkt hat, ist schon im Beginn der Krankheit, wo die Diagnose zumal bei schleichendem Anfang recht schwer sein kann, nicht selten sehr ausgesprochen und uns wiederholt von großer differentialdiagnostischer Bedeutung gewesen.

Der Verlauf der Hebephrenie gestaltet sich meist so, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (46 von meinen 56) eine mehr oder minder tiefgehende geistige Schwäche das Krankheitsbild beherrscht; angedeutet oder vorübergehend auftretend fanden sich Grimassieren, Mutismus, plötzliches Schimpfen und Tätlichkeitsausbrüche. Den *Heckers*chen Verlaufstypus — Melancholie, Manie, Schwachsinn — habe ich nur bei zwei Männern und zwei Frauen gefunden, zudem war der Schwachsinn bei den letzteren so hochgradig, daß er der *Heckers*chen Beschreibung

Digitized by Google

entsprach und mehr der erweiterte Begriff der Hebephrenie
Daraszkiewicz[1]) anwendbar erschien. In sechs Fällen
3 Fr.) traten anfänglich Angst, Sinnestäuschungen, Unruhe,
r ausgeprägte Hemmung, Negativismus und Grimassieren
hervor, um jedoch auch hier abzublassen und im wesent-
einem Zustand von Schwachsinn Platz zu machen.

Der Wahn körperlicher Beeinflussung ist bei der
orm der Dementia praecox, welche als Hebephrenie be-
et wird, am dürftigsten entwickelt und wird meist nur
vorübergehend und flüchtig geäußert. Ich muß hier
lle (12 M. 15 Fr.) ausschalten, bei denen nicht genügende
n vorlagen oder die Verblödung zu groß war, um eine ver-
re Auskunft zu erhalten. Auch von intellektuell nicht be-
s geschwächten Kranken erfahren wir hier unmittelbar nach
enden Handlungen nichts oder gelegentlich nur, sie hätten
ideln müssen, worüber aber sich in Krankengeschichten bei
allgemeingehaltenen Fassung der Auskunft nur selten eine
findet, trotzdem hier der Wahn körperlicher Beeinflussung
dem zwangsmäßigen Handeln kundgibt. Meine bezüglich
Wahns positiven Resultate aus den Krankengeschichten
meines Erachtens bei besonders darauf gerichteter Auf-
mkeit höher ausgefallen sein. Bei dem Rest von 26 Fällen
r sich 14 mal (10 M. 4 Fr.). Als Ausdruck desselben finde
den Kranken angegeben: es wird mir etwas angetan, das
wird mir im Leibe herumgedreht, der Mund tot und die
lahm gemacht, der Kopf ist abgeschnitten, das Fleisch aus
nochen gezogen, das Herz lose, die Gedärme zerrissen, der
wird elektrisiert, verwest gemacht, durch Gift im Essen
ißt; eine Kranke gab an, ein Engel führe sie, sie müsse
deln und sprang unter diesem Zwange aus dem ersten
erk in den Garten hinab, in der sichern Erwartung, ihr
nichts geschehen. Alle diese Wahnideen treten aber ge-
ei dieser Gruppe ganz vorübergehend auf und gewannen
lten einen so bestimmenden Einfluß auf das Handeln und
nen wie in dem vorher geschilderten Fall.

---

[1]) *Kräpelin*, S. 192.

Digitized by Google

Über die Art der Ausgänge meiner Fälle, wobei ich wiederum die von *Kräpelin* beschriebenen Endzustände zugrunde lege, ist folgendes zu sagen: Heilung oder an Heilung grenzende Besserung habe ich nicht beobachtet. Heilung mit Defekt, w bei beschränkter Erwerbsfähigkeit mangelnde Krankheitseinsich bestand und deutliche Residuen auf die überstandene Geistes störung hinwiesen, fand ich in sieben Fällen (3 M. 4 Fr.) gleich 12,5% aller Hebephrenien. Einfache, nicht hochgradige Ver blödung kam in 15 Fällen (10 M. 5 Fr.) gleich 27% zustande möglicherweise ist bei einigen (4) noch kein Endzustand erreicht Schwere, faselige Verblödung trat in 12 Fällen (6 M. 6 Fr.) und schwere, stumpfe Verblödung bei 22 (11 M. 11 Fr.) ein. Es ver blöden somit von meinen Fällen 60% hochgradig, jedoch gebe ich zu, daß in einem vierjährigen Beobachtungsraum noch nicht überall ein Endzustand erreicht sein mag und einzelne der einfach Verblödeten allmählich noch später der hochgradigen Verblödung anheimfallen. Von dauernden Anstaltsinsassen finde ich ebenso wie *Kräpelin* 75% erheblich Verblödete (15 M. von 23, 15 Fr. von 17); hierbei fällt die größere Zahl der weiblichen Verblödungen ins Auge, ein Umstand, der die allgemein bekannte Tatsache der größeren Widerstandsfähigkeit des männlichen Gehirns bestätigen würde, vielleicht auch mit der abwechselungsreicheren und vielseitigeren Beschäftigung der Männer in Feld, Garten und Werkstatt in Zusammenhang zu bringen ist, deren rechtzeitiger Inangriffnahme als geistigem Anregungsmittel auch bei uns wie wohl überall neben der Bettbehandlung eine besonders sorgfältige Aufmerksamkeit zugewendet wird.

Die Zeit, in welcher die Endzustände erreicht werden, schwankt erheblich. Von meinen Fällen kann ich 30 (19 M. 11 Fr.) in dieser Beziehung verwerten. Unter drei Monaten finde ich keinen. Von drei bis sechs Monaten erreichen 4 (2 M. 2 Fr.) die schwere Verblödung. Bis zu einem Jahr kommen 4 M. zum Endzustand, dazunter zwei zu erheblichem Blödsinn. Im Zeitraum bis zu zwei Jahren gelangen 8 (4 M. 4 Fr.) zum definitiven Ende, davon verblöden 2 M. und alle Frauen hochgradig. Bis zu drei Jahren erreichen 7 (5 M. 2 Fr.) das Endstadium, davon 4 M. und 1 Fr. erhebliche Verblödung. Über drei Jahre finde ich ebenfalls

Digitized by Google

:n Fälle (4 M. 3 Fr.), von denen 2 M. und 3 Fr. hochgradig löden. Es erreichen somit den Endzustand im ersten Jahr Erkrankung etwa 27 %, ein gleicher Prozentsatz bis zum ten Jahr, von beiden verblöden reichlich $^3/_4$ der Fälle hochig. Im ganzen erreichen 73 % (22 von 30 Fällen) hochige Verblödung.

II. Katatonische Formen.

Hierunter sind solche Zustände von in Schwachsinn ausndem Stupor oder Erregung verstanden, die Negativismus, ılsivität, Verschrobenheiten und Manieren, Stereotypien, Sugbilität, Katalepsie, echoartige Symptome deutlich und dauernd in den Endzuständen darboten. Bei manchen gebessert ıssenen, wo man noch nicht von einem Endzustand reden te, beherrschten jene oben angeführten Krankheitszeichen end der Anstaltsbehandlung durchaus das Bild, so daß die nose nicht zweifelhaft sein konnte.

Unter diese Gruppe gehören 64 Fälle (29 M. 35 Fr.) gleich der Gesamt-Dementia praecox. Es übertrifft hier umhrt wie bei der Hebephrenie die Zahl der Erkrankungen bei Frauen die bei den Männern um ein Geringes (Verhältnis 3,0), was auch *Kräpelin* gefunden hatte.

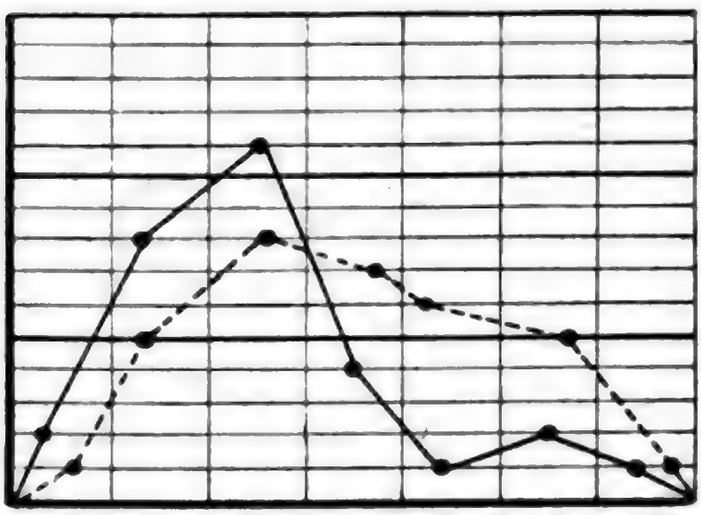
Erbliche Belastung fand ich nach Ausscheidung der Fälle, nen Angaben fehlen (5 M. 8 Fr.), bei 25 von den 51 Fällen h 50 % (*Kräpelin* 70 %). Bei den Männern ist genau $^1/_3$, n 24, bei den Frauen sind 17 von 27 belastet. Die Beng mit Geistes- und Nervenkrankheiten spielt wiederum die ıtrolle mit 20 mal von 25 Fällen, darunter findet sich Krankin der direkten Linie (Eltern, Großeltern, Geschwister) 16 mal . 11 Fr.), in der Seitenlinie 4 mal (1 M. 3 Fr.). In 8 Fällen . 7 Fr.) waren zugleich mehrere Familienmitglieder krank. holismus und zwar auch hier stets des Vaters fand sich l (2 M. 4 Fr.) also, in $^1/_4$ der Fälle; mehrere belastende Moe in einem Fall.

Von äußeren Gründen ist zu sagen: bei einem Mann brach Katatonie in der Haft unmittelbar nach der Verurteilung zu erer Zuchthausstrafe aus: bei einem andern erblich belasteten

Digitized by Google

führte ein Schlag mit dem Dreschflegel an den Kopf zum A bruch, bei einer Frau schloß sich die Katatonie unmittelbar eine Kopfrose an. Bei so kleinen Zahlen ist es schlecht Prozenten zu reden, immerhin scheinen äußere Gründe in ein allerdings geringen Bruchteil der Katatoniefälle mindestens letzten Anstoß zum Krankheitsausbruch bei Prädisponierten ge zu können.

Der zeitliche Beginn der Erkrankung (nach Abzug zw Frauen wegen Fehlens von Angaben) ist aus nebenstehen Kurve ersichtlich. Es erkranken somit 56 % der Katatonien



zum 25. Lebensjahre schließlich, wobei die frühe Beginn bei Männern (72 %) weit h figer ist als bei den Fra (41 %). Während a der Abfall der Kurve den Männern ziemlich s erfolgt, senkt sich dies langsam bei den Frau so daß eine große Zahl Erkrankungen noch in das Jahrzehnt von 30—40 fällt und dann schnell abnimmt. Das höchste Lebensalter betrug bei ein Mann 41, bei einer Frau 42 Jahre. Bei den spät erkrank Frauen waren dreimal leichtere Erregungen in früherer Zeit gegeben, bei einer 40jährigen Lehrerin 2 Jahre, bei ein 36jährigen Mädchen 10 Jahre früher, bei einer 38jähri Lehrerin war eine Erregung ohne Zeitangabe aufgeführt.

Kriminelle Vergehen fand ich bei den Frauen gar ni bei den Männern viermal. Ein Mann war wegen Bettelns Landstreichens vielmal vorbestraft; ein zweiter, wegen Körp verletzung vorbestraft, zertrümmerte ein Schaufenster und k im Laufe der Verhandlung als ausgeprägter, schon schwa sinniger Katatoniker hierher; ein dritter, vielfach mit Zuchth und Gefängnis vorbestraft, erkrankte in letzterem und starb k an Tuberkulose; ein vierter hatte eine Reihe schwerer Straftat Fahnenflucht, Diebstahl begangen und erkrankte in der Haft

Digitized by Google

bar nach der Verurteilung. Es ließ sich nicht der Nach-
führen, daß er schon zur Zeit der Straftaten geisteskrank
er wurde so weit gebessert, daß er zurzeit seine Strafe
ßt.

Die Art des Beginnens der Katatonie, die nach *Kräpelin*
r Regel subakut mit psychischer Depression einsetzt, ab-
elnd eventuell mit gehobener Stimmung — habe ich nach
n Material geglaubt wie folgt einteilen zu müssen: 1. Be-
nit psychischer Depression, 2. Depression mit nachfolgender
:her Erregung, 3. einfache manische Erregung, 4. Beginn
immter und mehr chronischer Art, wie zeitweilige Ver-
:it, Sinnestäuschungen, Reizbarkeit, zeitweilige Hemmung
ırzen Erregungen ohne manischen Grundzug, auffallende,
auf Angst zurückzuführende Handlungen u. dergl. 5 M.
Fr. sind wegen zu unsicherer Angaben ausgeschieden.
:ginn mit einfacher Depression fand ich 18mal (8 M.,
), einen solchen von Depression mit nachfolgender mani-
Erregung ebenfalls 18mal (7 M., 11 Fr), zusammen also
depressiven Beginn in 36 von 54 Fällen, gleich 66 %.
ıordversuche kamen dabei 7mal vor. Einen manischen
ı, bei dem das Übersehen einer leichten anfänglichen
sion mir in unsern Aufnahmekreisen am leichtesten mög-
scheint, fand ich nur in 7 Fällen (5 M., 2 Fr.); einen
immten Beginn etwas häufiger in 11 Fällen (4 M.,

ch bei den katatonischen Formen fiel der Gegensatz
n den relativ gut erhaltenen Verstandesleistungen und
ark gestörten Gemütsleben und den Willensantrieben in
en, hat aber nicht die differential-diagnostische Bedeutung
i der Hebephrenie, da schon die mannigfaltigen moto-
Auffälligkeiten die Stellung der Diagnose erleichtern.
nnestäuschungen und Wahnideen fand ich in der
ıl der Fälle (51 von 64); meist werden sie auch hier nur
gehend geäußert, wechseln vielfach und sind in späteren
eitsstadien wegen der Verworrenheit aller Äußerungen oft
chwer festzustellen. Neben den überhaupt am meisten
nen Gehörs- und Gesichtstäuschungen betreffen sie recht

Digitized by Google

häufig Geruchs-, Geschmacksempfindungen und körperliche Gefühle, so daß sie in naher Beziehung zu dem Wahn körperlicher Beeinflussung stehen. So geben die Kranken an, es riecht nach Leichen, der Kaffee schmeckt „chloroformiert", alle Gesichter sehen verändert, leichenhaft oder auffällig groß oder breit aus, der Schlund ist zugewachsen, Geister sprechen durch ein Sprachrohr in den Bauch hinein. Vielfach haben die Sinnestäuschungen einen spukartigen Zug: Kanonenkugeln fliegen in der Luft herum, der Teufel läuft in der Gestalt eines Hasen umher, Tiere und Gespenster ziehen wie die wilde Jagd vorüber, Schlangen und Krokodile kriechen am Leib, der verstorbene Vater erscheint als Zwerg, 3 weiße und 3 schwarze Geister erscheinen, Gott und die Engel kommen unter Kanonendonner oder Musik hernieder, der Teufel sitzt in einen brennenden Busch. Auch die Wahnideen anfangs im Sinne der Verfolgung, später der Größe, tragen diesen wechselnden und abenteuerlichen Zug und wachsen bald ins Unmögliche. Der Kranke glaubt, er solle verbrannt, in Petroleum ertränkt werden, sein Herz sei ausgerissen, sein Darm sei ihm genommen, er habe kein Blut, keine Knochen mehr, sei schon einmal begraben gewesen; oder er hält sich für sehr reich, sei Kaiser, Napoleon, Christus, Gott, Obergott, Jehovah, Universalgenie, der Himmel und Erde gemacht habe. Es erinnern diese Ideen vielfach an die paralytischen Größenideen, und mehrfach sind uns derartige Kranke mit der Diagnose Paralyse zugeschickt worden, die sich weiterhin als dem Gebiet der Dementia praecox zugehörig erwiesen. Jedenfalls ist differentialdiagnostisch wenig dem psychischen Befund, als irgend welchen körperlichen Lähmungserscheinungen das Hauptgewicht beizulegen.

Über die Häufigkeit des Wahns körperlicher Beeinflussung ist es recht schwierig, ein richtiges Bild zu gewinnen. Von manchen Kranken ist ihres mutistischen Verhaltens wegen keine Auskunft zu erhalten, andere sind in den spätern Stadien zu verworren, um verständliche Angaben machen zu können. Von manchen erfährt man auch hier nur „ich konnte nicht anders, ich mußte so handeln", was wie bei der Hebephrenie wohl auf Willensunfreiheit schließen läßt, aber meist in den Krankengeschichten nicht notiert wird. Unter diese Rubrik sind über die Hälfte

Digitized by Google

meiner 64 Fälle einzubeziehen. Meine positiven Zahlen stellen demnach auch hier nur einen Bruchteil der wirklichen dar. Ich fand den Wahn körperlicher Beeinflussung ausgesprochen in 16 von 30—32 Fällen (9 M., 7 Fr.). Am häufigsten finde ich die Angabe der Kranken, es werde ihnen etwas angetan, oder die Kranken glauben sich verzaubert, verhext, elektrisiert, durch Spuk und böse Geister beeinflußt und besessen. Andere kommen sich wie gelähmt oder tot vor, das Herz werde „ausgelutscht", die Besinnung geraubt, von Geistern werden Stricke um den Leib gelegt, sie werden durch Geister gebannt, ein anderer sitze in ihrem Leibe und treibe sein Spiel, sie seien verwandelt und ähnliches. Eine Kranke wurde des Nachts durch diesen Zwang aus ihrem Bett an das ihrer Dienstherrschaft getrieben und mußte in deren Pantoffeln dort stehen bleiben, ohne sich selbst über die Bedeutung dieses Vorgangs klar zu sein. Ein anderer intelligenter Kranker gab nach einer katatonischen Erregung an, es sei eine Art Theater mit ihm gespielt, er habe den Jesus darstellen müssen und nicht anders handeln können.

Die für Katatonie charakteristischen Zeichen wechseln im Verlauf nicht selten, so daß bald dieses, bald jenes Symptom mehr in den Vordergrund tritt. Es ist deshalb schwierig, über die Häufigkeit der einzelnen Symptome Angaben zu machen. Am häufigsten, in über der Hälfte meiner Fälle, finde ich die Willenssperrung, den Stupor. Die zeitliche Ausdehnung dieses Symptoms wechselt außerordentlich; bei den länger in Beobachtung befindlichen Fällen ist ein mehrmonatiger Stupor nicht selten, meist aber gefolgt von längeren Zeiten katatonischer Unruhe. Einen über Jahre sich erstreckenden Stupor habe ich nur 3mal beobachtet (1 M., 2 Fr.), davon sind 2 wahrscheinlich schon erheblich verblödet. Nicht gerade selten finden aus dem Stupor heraus plötzliche triebartige Handlungen statt, wie sinnloses Fenstereinschlagen, Angriffe auf Personen; häufiger und beinahe regelmäßig finden sich zugleich negativistische Zeichen, Mutismus, Nahrungsverweigerung, aktiver Muskelwiderstand gegen jeden, auch angenehmen Eingriff, Widerstand gegen die Benutzung des Klosetts und anderer Reinlichkeitsvorrichtungen, ständiges Nichtentkleiden. Diese negativistischen Zeichen finden sich aber

Digitized

auch außerhalb des Stupors und sind neben dem augenfälligsten des Stupor die häufigsten Augenblickserscheinungen der Katatonie überhaupt. Danach finde ich am häufigsten die Stereotypien in Haltung und Bewegung, unter den letzteren waren in kurzer Zeit besonders auffällig eine Reihe von vier Fällen, alle Männer, mit ständig drehenden zwangsmäßigen Kopfbewegungen. Zeichen erhöhter Beeinflußbarkeit fand ich erheblich seltener als negativistische, kaum in einem Viertel der Fälle und meist nur vorübergehend; am häufigsten hiervon fand ich die Katalepsie, das Beharren der Glieder in gegebener Stellung, seltener Befehlsautomatie; Echolalie oder Echopraxie sah ich gar nicht unter meinen Fällen. Negative Befehlsautomatie, d. h. Ausführung der dem gegebenen Befehl entgegengesetzten Handlung fand ich nur einmal vorübergehend ausgesprochen. Der jugendliche Kranke, der auch sonst die mannigfaltigsten katatonen Symptome darbot, leistete im Bade blindwütigen Widerstand und drängte hinaus, auf Befehl, jetzt das Bad zu verlassen, setzte er sich ruhig und ohne gehalten zu werden, darin nieder. — Prognostisch sind Stupor und Negativismus die günstigeren Zeichen, Eintritt dauernd erhöhter Beeinflußbarkeit und ausgebildete Stereotypien außerhalb einer akuten Erregung fand ich nur bei vorgeschritteneren oder im weiteren Verlauf ungünstigen Fällen.

Über die Art der Ausgänge ist zu sagen: Länger dauernde Remissionen fand ich in 7 Fällen (5 M. 2 Fr.), die Dauer betrug 5 Monate bis 2 Jahre. Heilung beobachtete ich zweimal (2 M.), bei dem einen dauerte sie 3 Jahre, bei dem andern 1 Jahr an. Heilung mit Defekt sah ich in 11 Fällen (4 M. 7 Fr.). Rechnen wir beide Gruppen zusammen unter dem Gesichtspunkt, daß diese Gruppe außerhalb der Anstalt in einem gewissen Wirkungskreis noch etwas leisten kann, so beträgt der Prozentsatz derselben 20 %. *Kräpelin* führt als Prozentsatz einer über mehrere Jahre dauernden Heilung 13 %, einer an Heilung grenzenden Besserung 20 %, zusammen also 33 % an, mithin erheblich höhere Zahlen als ich sie finde. — Bei der Beurteilung der übrigen Ausgänge muß ich 14 Fälle (7 M. 7 Fr.), wegen zu kurzer Beobachtungszeit ausschließen. Von den übrigen 50 fallen einer einfachen nicht hochgradigen Verblödung anheim 12 (4 M. 8 Fr.) = 24 %

Digitized by Google

Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit, letztere in wechselnder ·ke, gehen 3 Fälle aus (2 M. 1 Fr.), in schwere, faselige blödung 5 (3 M. 2 Fr.), in schwere, stumpfe Verblödung 17 [. 10 Fr.). Rechne ich die drei letzten Gruppen als schwere blödungsformen zusammen, so ergibt dies 25 von 50 Fällen 50 %; *Kräpelin* findet für dieselben 59 %.

Bezüglich der Zeitdauer, in welcher der Endzustand erreicht sind von 64 Fällen bei 38 (18 M. 20 Fr.) verwertbare An- n möglich. Innerhalb 3 Monate verblödet 1 M. hochgradig; 3—6 Monaten verblödet 1 Fr. einfach, bis zu 1 Jahr ver- en 1 Fr. einfach, 4 Fr. hochgradig. Von 1—2 Jahren er- ien 8 (3 M. 5 Fr.) den Endzustand, davon gehen 2 (1 M. ·) in einfache Verblödung, 1 (1 Fr.) in Schwachsinn mit chverwirrtheit, 5 (2 M. 3 Fr.) in schwere Verblödung aus. 2—3 Jahren bringen es ebenfalls 8 (5 M. 3 Fr.) zum defini- Endzustand, davon 2 (1 M. 1 Fr.) zur einfachen Verblö- , 1 M. zu Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit, 5 (3 M. 2 Fr.) erheblichen Verblödung. In länger als 3 Jahren erreichen Endzustand 15 (9 M. 6 Fr.), davon verblöden einfach 6 . 3 Fr.), verblöden schwer 8 (5 M. 3 Fr.) und gehen in achsinn mit Sprachverwirrtheit aus 1 (1 M.). Es erreichen den Endzustand im 1. Jahr nur 7 = 19 %, im 2. Jahr 8) %, zusammen also in den ersten 2 Jahren etwa 40 % der mit hochgradiger Verblödung in etwa zwei Drittel der Fälle. Rest von 60 % (23 von 38) erreicht den Endzustand erst its des 2., meist im 4.—6. Jahr der Erkrankung, mithin r als bei der Hebephrenie. Im ganzen erreichen 55 % (21 38) hohe Verblödungsgrade; also ein etwas geringerer Pro- atz als bei der Hebephrenie.

III. Dementia paranoides.

Hierunter versteht *Kräpelin* Krankheitsbilder, bei denen neben Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen äche unter Erhaltung der Besonnenheit Wahnideen und meist Sinnestäuschungen das hervorstechendste Krankheitssymptom . Er unterscheidet 2 Unterformen: 1. die Dementia para- s im engeren Sinne mit dauerndem Bestehen massenhafter.

Digitized by Google

zusammenhangloser und immerfort wechselnder Verfolgungs- und Größenideen mit leichter Erregung und Ausgang in schwachsinnige Verwirrtheit innerhalb Monaten bis spätestens 2 Jahren. und 2. die größere Gruppe mit abenteuerlichen, aber mehr zusammenhängenden und eine Reihe von Jahren festgehaltenen Wahnideen, die dann entweder verschwinden oder verworren werden (früher phantastische Verrücktheit genannt). Bei letzterer Form soll der Wahn körperlicher Beeinflussung in Form von physikalischem Verfolgungswahn, Abziehen der Gedanken, Lautwerden derselben, Wahn der Besessenheit besonders ausgesprochen sein.

Unter diese Gruppe im vorstehend skizzierten Sinne gehören 82 meiner Fälle (38 M., 44 Fr.), fast 12 % der Gesamt-Dementia praecox. Es überwiegt auch hier wie bei der Katatonie und im Gegensatz zur Hebephrenie das weibliche Geschlecht das männliche im Verhältnis von 4,2 : 4.

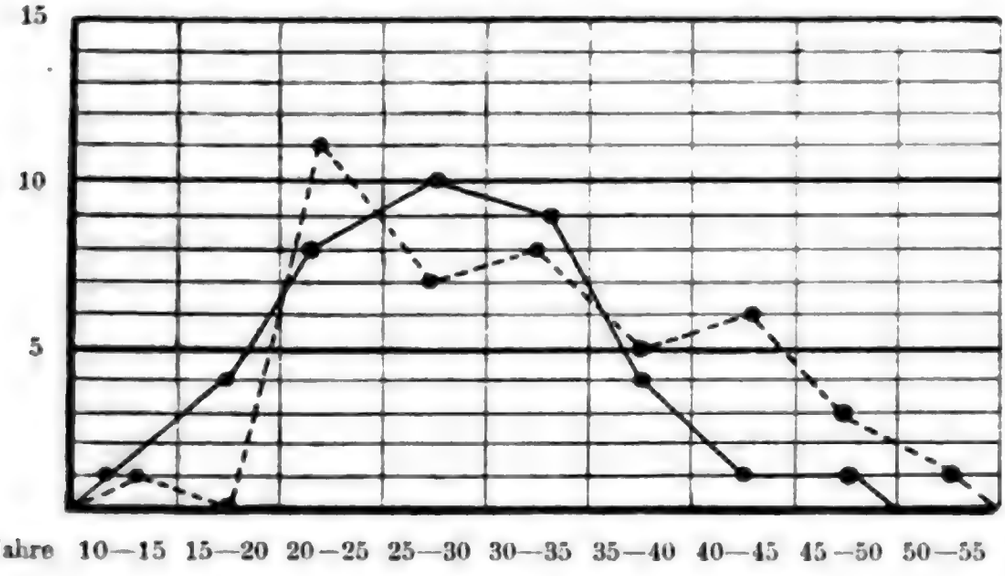
Erbliche Belastung finde ich nach Abzug von 11 nicht verwertbaren Fällen (4 M., 7 Fr.) bei 44 von 71 = 62 % und zwar sind die Frauen mit 68 % im Verhältnis zu 56 % Männern stärker belastet. Den Hauptanteil hat auch hier die Belastung durch Geistes- und Nervenkrankheiten in 34 von 44 Fällen, davon in direkter Linie 23, in der Seitenlinie der Verwandten 11 mal. Trunksucht des Vaters fand ich 7 mal (2 M. 5 Fr.); bei 2 Männern, deren einer durch Geisteskrankheit der Vorfahren in direkter Linie, der andere durch Alkoholismus des Vaters belastet war, fand sich dazu Blutsverwandtschaft der Eltern (1 mal Vetter und Base, 1 mal Onkel und Nichte).

Äußere Gründe für die Auslösung der Krankheit finde ich etwas häufiger als bei den vorigen Formen. 2 mal entwickelte sich die Krankheit in unmittelbarem Anschluß an Influenza, 1 mal im Anschluß an ein Trauma mit Invaliditätsansprüchen, 3 mal brach sie in der Haft aus, bei einer Frau schloß sie sich an die Laktationsperiode an. Insgesamt sind dies 7 von 82 Fällen gleich 8,5 %: nur in zweien dieser 7 bestand erbliche Belastung.

Kriminelle Vergehen fand ich hier 11 mal (8 M. 3 Fr.). 3 Männer waren lange Zeit vor Ausbruch der Geistesstörung wegen Bettelns und Körperverletzung bestraft. Bei 2 Männern,

Digitized by Google

ren einer als Soldat wegen Ungehorsams, der andere wegen iebstahls bestraft war, war ein Zusammenhang zwischen Geistes-ankheit und Straftat sehr wahrscheinlich. 1 Mann beging in ankem Zustand Majestätsbeleidigung und wurde in die Anstalt rbracht; 2 andere, vielfach vorbestrafte Menschen erkrankten ch 1- resp. 3 jährigem Aufenthalt im Zuchthaus. Bei den Frauen id ich 2 mal sittenpolizeiliche Vergehen und 1 mal Mord-rsuch gegen das eigene, uneheliche Kind als Ausdruck einer ion bestehenden Geistesstörung.



Über den zeitlichen Beginn der Dementia paranoides unter-htet obenstehende Kurve (nach Abzug von 2 Frauen wegen lender Angaben). Es fällt der schnellere Anstieg der Frauen, r auch das erheblich langsamere und staffelförmige Sinken er Kurve gegenüber den Männern ins Auge, so daß eine grö-e Zahl der Erkrankungen bei ihnen in die späte Zeit jenseits 35. Lebensjahres fällt, ein Resultat, das auch *Kräpelin* und *rtschinger* gefunden haben. Die Zeit des Klimakteriums ist durch en deutlichen kleinen Anstieg ausgezeichnet. — Im ganzen ranken bis zum 25. Jahr nur 30 % der Fälle von Dementia anoides, der größere Teil der Erkrankungen fällt somit im gensatz zu den beiden anderen Unterformen jenseits dieses Al-s. Das höchste Lebensalter bei der Erkrankung betrug bei em Manne 46 Jahre, bei einer Frau 52 Jahre.

Frühere Erkrankungen konnte ich in 4 Fällen feststellen. ie seit ihrem 32. Jahr chronisch geisteskranke Frau hatte mit Jahren im Wochenbett eine kurze halluzinatorische Erregung

Digitized

durchgemacht; eine mit 38 Jahren erkrankte Frau eine Erregung mit 26 und eine dritte von 35 eine solche mit 30 Jahren. Besonders interessant war ein mit 46 Jahren erkrankter Mann, der seit gut 2 Jahren hier ist und Unruhe, verworrene Verfolgungsideen und allmählich erhebliche geistige Schwäche mit Andeutungen von Sprachverwirrtheit bietet. Die klinische Auffassung des Falles machte uns Schwierigkeiten, bis wir erfuhren, daß der Mann mit 16 Jahren eine leichte Erregung durchgemacht, dann geheiratet hatte und als ordentlicher Mann und geschickter Tischler gegolten hatte; mit 40 Jahren war er wiederum mit Vergiftungs- und Verfolgungsvorstellungen erkrankt, nach mehreren Monaten aber so weit gebessert, daß er einfache Arbeiten auf seinem ländlichen Grundstück noch versehen konnte. Der dritte, jetzige Schub führt ihn anscheinend der Verblödung zu.

Die Art des Beginnes habe ich wieder eingeteilt in Beginn mit 1. Depression, 2. mit mehr manischer Tobsucht, 3. mit paranoiden Symptomen, der zugleich meist einen chronischen Beginn darstellt. Ich verfüge über verwertbare Angaben bei 65 Fällen (32 M. 33 Fr.). Von diesen erkranken 52 % (16 M. 18 Fr.) mit einer ausgesprochenen Depression, darunter 8 Selbstmordversuche. Ich habe allerdings aus Angaben der Kranken selbst den Eindruck, daß diese Zahlen sich in Wirklichkeit höher stellen, aber eine leichte Verstimmung wird in unsern Arbeiterkreisen meist wenig beachtet und selbst vom Arzt leicht übersehen, wenn er nicht gerade bewußt nach diesem Punkt forscht. — Der Beginn mit manischer Tobsucht ist jedenfalls der am wenigsten häufige, ich finde ihn in 6 Fällen (3 M. 3 Fr.) gleich 9 % der Gesamtfälle von Dementia paranoides. Häufiger dagegen ist wieder der mehr paranoide Beginn ohne stärkere Affektstörungen, er ist mit 24 Fällen (13 M. 11 Fr.) gleich 37 % vertreten.

Bezüglich der Untergruppen nach *Kräpelin* ist die erstere, die Dementia paranoides im engeren Sinne, auch hier die erheblich kleinere und wird gebildet durch 19 Fälle (8 M. 11 Fr.) gleich 23 % der ganzen Gruppe. Der Verlauf dieser Fälle gestaltete sich mit Ausnahme von drei, in denen die Krankheit schon jahre- bis jahrzehntelang bestand und das Krankheitsbild der Hauptsache nach von schwachsinniger Verwirrtheit beherrscht

Digitized by Google

le, in der Weise, daß dauernd ein mäßiger, zuweilen Bettruhe
ischender Erregungszustand mit vorübergehenden, negativisti-
n Zeichen, leichten Stereotypien und stets wechselnden Wahn-
n und Sinnestäuschungen mit mehr oder minder Verworren-
bestand. Die Wahnideen haben oft wieder einen abenteuer-
n Zug. und deutlich erkennbar ist die geistige Schwäche.
Wahn körperlicher Beeinflussung fand ich mit Aus-
ne von drei Fällen, die zu verwirrt zu zusammenhängender
unft waren, stets sehr ausgesprochen. Als solche Ideen
en geäußert: das Bett sei elektrisch, die Finger werden ganz
ach vom elektrischen Strom, der Kranke wird nachts durch
hium betäubt und etwas in den Leib eingeführt, der Leib
e venerisch gemacht, werde zum Hypnotisieren verkauft,
n Handgeben werden onanistische Anwandlungen verursacht,
n Sympathie wird die Gesundheit untergraben, der Teufel tut
weh an, der Körper wird mit Spiegeln durchschaut, es strömt
auf den Körper ein; Charpie wird aus der Nase gezogen,
Haare ausgerauft, um Strauchbesen daraus zu machen; die
nken werden bekanntgemacht, die Gliedmaßen werden an-
sen und eingespalten, die Gedärme aus dem Leib gezogen,
eber von den Freimaurern angefressen und die Lunge an-
sen, der Kot wird von den Freimaurern angehalten und zum
herausgeholt; der Schlaf werde geraubt, man werde vexiert
zu allem verführt, im Bauch sitze eine Stimme, der müsse
antworten.

Über die Art und Zeit der Ausgänge dieser Gruppe ist
gen: Bei einem Mann trat zum zweitenmal eine Remission
Bei zwei Männern fand ich schwachsinnige Verworrenheit
eitweiliger Andeutung von Sprachverwirrtheit nach $1\frac{1}{2}$ und
ren, den Ausgang in halluzinatorischen Schwachsinn 11 mal
6 Fr.), er wurde meist in der Zeit von 1 bis 3 Jahren
ht. Bei vier Frauen fand ich schwere Verblödungsformen,
diese waren über 15, zum Teil an 25 Jahren krank. Bei
Frau ist noch kein sicheres Endurteil möglich. In der
zahl der Fälle (13 von 18 = etwa 70%) wird der Endzu-
in den ersten drei Jahren und zwar meist in der Form
halluzinatorischen Schwachsinns erreicht. Immerhin können,

Digitized by Google

zumal beim weiblichen Geschlecht, nach langer Dauer der Erkrankung auch höhere Grade der Verblödung erreicht werden.

In die zweite, früher als phantastische Verrücktheit bezeichnete Gruppe gehört die Mehrzahl meiner Fälle, und zwar 63 (30 M. 33 Fr.) gleich 77% der Dementia paranoides. Bei allen bestanden Wahnideen und Sinnestäuschungen bei geordnetem äußeren Verhalten, doch waren auch hier vorübergehende stärkere Erregungen nicht selten, während die Wahnideen sich im Gegensatz zu der vorigen Gruppe länger systematisiert erhielten. Die Art der Sinnestäuschungen und Wahnideen unterschied sich nicht wesentlich von denen der vorigen Gruppe, sie weisen vielfach einen abenteuerlichen Zug auf und übersteigen die Grenzen des Möglichen. Der Kranke sieht überall Schatten herumhuschen, in den Wänden sitzen überall Geister, die Paradiesesschlange kriecht am Leib, dazwischen ertönen Engelstimmen, der Höllenfürst schwebt hernieder, die Sonne erbleicht; Prinz Heinrich naht als sprechende Fliege, es sei Weltkrieg und Weltzauberei; der Kranke sei verwünscht, habe den Teufel mit Löffeln gegessen, solle geköpft, geschlachtet werden: alles sei verkehrt, der Wind geht so anders, die Bäume rauschen so eigentümlich, der Leib wird emporgehoben, sei schon tot: der Kranke habe alle Vorgänge schon einmal erlebt, im Leibe steige die Gebärmutter hoch, die Speisen gelangen vom Mund aus gleich in den Hinterkopf. Dazu kommen bald Größenideen. Der Kranke sei alles, Arzt, Pastor, Komponist, sei Kaiser, Oberkaiser, „der Erfinder", Braut Christi, habe ein doppeltes Herz und Leben, elf Sinne und dergl.

Körperlichen Beeinflussungswahn fand ich auffallenderweise im Gegensatz zu *Kräpelins* Angabe gerade bei dieser Gruppe zahlenmäßig weniger ausgesprochen als in der vorigen Gruppe und zwar 38mal (19 M. 19 Fr.) von 73 (36 M. 37 Fr.) verwertbaren Fällen gleich 52%. Neben den früheren Angaben, die auch jetzt wiederkehren, finde ich als bezeichnend noch erwähnt: Der Leib wird mit physikalischer Wärme behandelt, die Gedanken mit großen und kleinen elektrischen Maschinen ausgeforscht; es wird ein Druck ausgeübt „ich soll dies sagen": der Kopf wird zusammengepreßt, bald besteht „Kopferkenntnis", bald infolge Zauberei nicht; der Geist wird durch Götter be-

Digitized by Google

nkt und im Gehirn Wendungen gemacht, daß fremde Ge-
n aufsteigen; der Verstand wird durch Röntgenstrahlen
gemacht, durch Kriegskabelgespräche auf Examina für hohe
n vorbereitet, die Besinnung durch Branntwein genommen
der Leib alle Nacht preisgegeben, auf Herzkrankheit be-
lt und seziert; Maschinen, Telephon, „ein Schmutzstrahl",
tischer Kram wirken ein, lassen den Herzschlag aussetzen
achen den Leib unbeweglich, wie wenn er an zwei elektrische
ngeschlossen sei; indische Kunst würde angewendet, durch
thie dem Leib Kraft entzogen, der Leib umgearbeitet, ihm
ähne und Katzenaugen eingesetzt; oder der Leib wird „be-
", mit magnetischer Amputationsmaschine behandelt, durch
istische Bemordpestung" systematisch ruiniert, fremde Ge-
n „eingetrieben", die Natur durch magnetische Mittel oder
n angeregt und nachts abgezogen. Durch Spiegel und
te wird die Zunge „klappern" gemacht oder umgekehrt
ßt, daß sie nicht sprechen kann. Die Augen werden mit
geschlagen oder die Pupille zusammengezogen, um das
unmöglich zu machen: durch Dunst wird das Hören ver-
. Stimmen steigen vom Bauch in den Kopf und zerfressen
hrtrommel", Kehlkopf und Luftröhre werden durch Blicke
. der Nabel durch die Gummiunterlage herausgetrieben:
und Leber werden abgestellt, der Blutkreislauf verengt.
die Aorta wird hindurchgekrochen, der Leib mit Apparaten
rt, Rauch hineingeblasen, in mehrmonatigen, künstlichen
versetzt: die Periode wird durch künstliche Mittel unter-
der Leib mit jungen Hunden geschwängert, zur geschlecht-
Anregung gibt es im Essen „komprimierte Geschlechts-
— Vielfach berühren sich diese Vorstellungen körperlicher
ssung mit den anderen Wahnideen, ich habe vorstehend
che als charakteristisch angeführt, die den Zweck fremder
ssung als Ausdruck von Unfreiheit und Verlust der Selbst-
ung im Sinne *Kräpelins* und Leib und Geist der Kranken
er fremdem Einfluß stehend erkennen ließen, einfache
ngsvorstellungen, z. B. etwa zum Zwecke der Beiseite-
g, etwa um sich in Geldbesitz zu setzen, nicht mitein-
et.

Digitized by Google

In 61 Fällen (30 M. 31 Fr.) war ein Urteil über Art und Zeit des Ausganges möglich. In 2 Fällen (2 M.) kam es nach 6 und 9 Monaten zur Heilung, seit der $1^1/_2$ und $1^3/_4$ Jahr verflossen sind. Bei 6 Kranken (3 M. 3 Fr.) kam es innerhalb 3 Monaten bis längstens 1 Jahr zur Heilung mit Defekt. Zusammen bilden diese Kranken als ganz oder zum größten Teil wieder erwerbsfähig 13% dieser Gruppe. In drei Fällen (3 M.) die von 11 bis über 30 Jahre krank waren, traten die Wahnideen und Sinnestäuschungen hier in der Anstalt so wenig spontan hervor, daß man von einem Ausgang in einfache Verblödung reden kann. In 43 Fällen (18 M. 25 Fr.) gleich 70% dieser Gruppe ging die Krankheit in halluzinatorischen Schwachsinn meist mit zeitweiligen periodischen Verschlimmerungen aus; 3 mal nur wurde dieser Endzustand bis zum vollendeten zweiten Jahr nach Beginn der Krankheit erreicht, in den andern Fällen dauert es drei bis sechs Jahre. Bei 3 Kranken (1 M. 2 Fr.), die alle seit 30—40 Jahren krank waren, kann man zurzeit nur von einer erheblichen Verblödung mit faseliger Verworrenheit reden. — Den Ausgang in halluzinatorische Verrücktheit fand ich 4 mal (3 M. 1 Fr.). Nach *Kräpelin* umfaßt diese Gruppe eine kleine Zahl von Fällen mit fortschreitender Wahnbildung — ausnahmslos körperlicher Beeinflussungswahn — mit entsprechenden Sinnestäuschungen, ohne daß schwere Formen der Verblödung erreicht werden. Ich könnte zweifelhaft sein, wo diese Fälle, die seit mindestens $3^1/_2$ bis zu 18 Jahren erkrankt sind, unterzubringen wären. Unter *Kräpelins* Begriff der eigentlichen Paranoia passen sie nicht, da weniger krankhafte Vermutung und Deutung, als vielmehr Wahnideen und Sinnestäuschungen den hervorstechendsten Zug bilden; unter das Bild der Dementia praecox passen sie ebenfalls schlecht, da selbst nach langjährigem Bestand keine erhebliche geistige Schwäche in die Erscheinung tritt, dazu bestand wenigstens in meinen Fällen Wahnideen körperlicher Beeinflussung nur in dem weiteren Sinn einer Schädigung zum Zwecke der Beseiteschaffung, nicht als Ausdruck der Aufnötigung eines fremden Willens für die körperlichen und geistigen Vorgänge. Ich habe trotz dieser Bedenken meine wenigen Fälle dieser Art wegen ihrer lebhaften Sinnestäuschungen und Wahnideen unter die Demen-

Digitized by Google

ranoides *Kräpelins* mit dem Ausgang in halluzinatorische Ver-
cktheit gestellt, kann es allerdings auch verständlich finden,
nn andere Autoren derartige Fälle einer „Paranoia hallucina-
na" als Untergruppe der Paranoia zurechnen, zumal ja auch
der Bezeichnung des Endzustandes einer halluzinatorischen
rrücktheit bei *Kräpelin* nicht wie bei den andern Gruppen das
ment der Demenz zum Ausdruck gebracht wird, welches der
nzen Krankheit als Dementia praecox den Namen gegeben
t.[1]) — Im übrigen wäre das Ergebnis auch bei Zurechnung
ser Fälle zur Paranoia nicht geeignet, meine Zahlen wesentlich
ändern: die Dementia paranoides bliebe nach wie vor die größte
ppe und meine Gesamtzahl der Fälle von Dementia praecox
rde nur um ein Geringes kleiner sein.

Zusammenfassung.

Zusammenfassend läßt sich über die Dementia praecox nach
n hiesigen Erfahrungen sagen, daß sie mit etwa 29% einen
eblichen Bruchteil aller Psychosen stellte, wobei die Männer
28% etwas geringer als die Frauen mit 30% beteiligt waren.
demselben Resultat war *Bertschinger*[2]) gekommen, während
räpelin selbst eine gleichmäßige Beteiligung der Geschlechter
funden hat.

Erbliche Belastung finde ich in 56% meiner Gesamt-
le angegeben, *Kräpelin* findet 70%; es ist möglich und sogar
hrscheinlich, daß meine Zahlen der Wirklichkeit nicht ganz
sprechend, sondern niedriger sind, denn selbst nach Ausschei-
ng der unsicheren Fälle bleibt ein Rest, bei dem zumal in
beiterkreisen leichtere, belastende Symptome nicht erkannt oder
ht genügend gewürdigt werden und daher in der Anamnese
ht erscheinen. Der Form nach besteht die erbliche Belastung
ürlich zum größten Teil in Geistes- und Nervenkrankheiten
r Blutsverwandten, daneben aber spielt in 1/5 der Fälle mit

[1]) Bezüglich der Übergänge zwischen Dementia paranoides und syste-
tisierender Paranoia vgl. *Liepmann*, Zentralbl. f. Nervenh. 1904 S. 629. —
Wundt, Lehre v. d. psych. Epidemien 1905, S. 77, 78. — *Möbius*, psych.-
r. Wochenschrift 1905, S. 419.

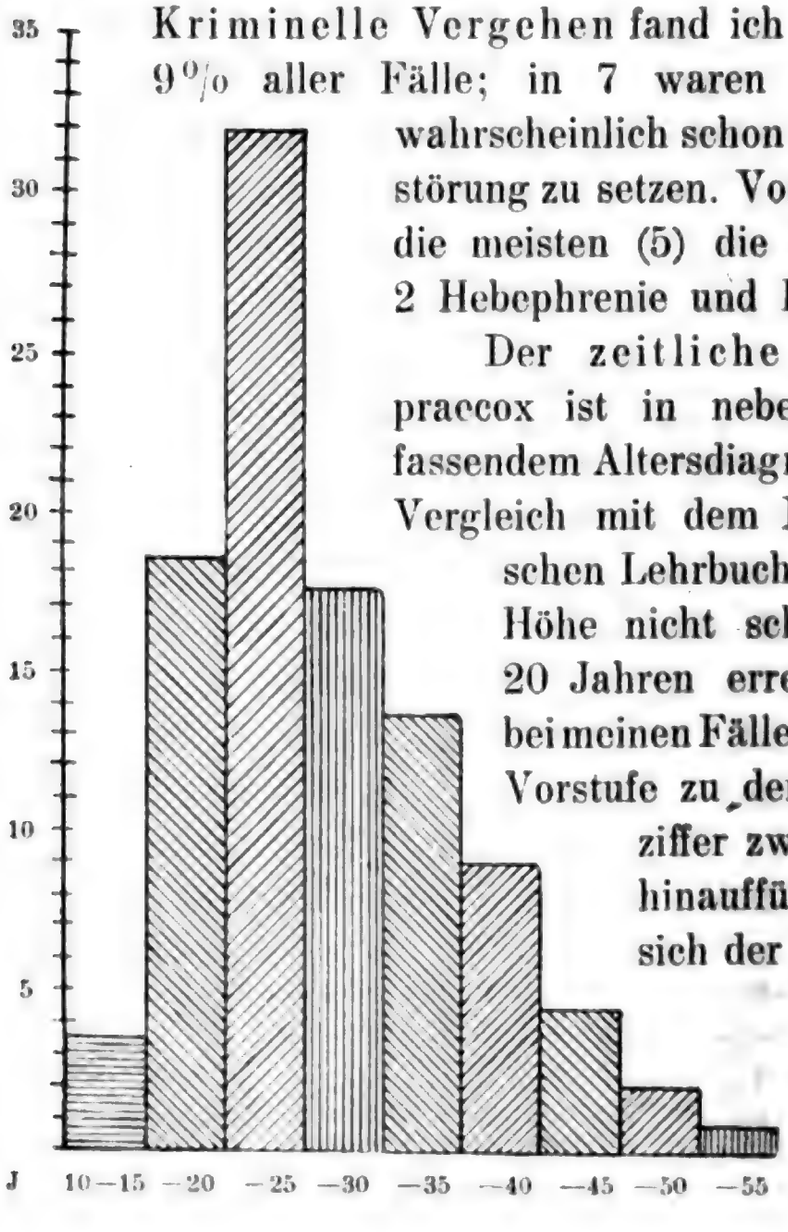
[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901.

Digitized

erblicher Belastung (19 von 96) der Alkoholismus eine bedeutungsvolle Rolle. — Von den Untergruppen finde ich bei der Hebephrenie und Katatonie mit je 50% nicht so häufige Belastung als bei der Dementia paranoides mit 62%, was ebenfalls mit dem Eindruck *Kräpelins* übereinstimmt.

Äußere Gründe spielen für den Ausbruch der Dementia praecox eine geringe Rolle und zwar in etwa 4,5% meiner Fälle. Voran mit 4 Fällen steht die Haft, dann kommt mit je 2 Fällen Influenza und Trauma und in einem Falle Laktationsperiode. Meine Zahlen sind erheblich niedriger als die von *Kräpelin* angegebenen, der in 10% akute Krankheiten und in 6% der Männer Gefängnisstrafen ätiologisch anführt. Am häufigsten finde ich äußere Gründe bei der Dementia paranoides (6 mal), dann bei der Katatonie (3 mal), dagegen gar nicht bei der Hebephrenie.

Kriminelle Vergehen fand ich in 18 Fällen gleich etwa 9% aller Fälle; in 7 waren sie sicher, in 2 Fällen wahrscheinlich schon auf Rechnung der Geistesstörung zu setzen. Von diesen 9 Fällen betrafen die meisten (5) die Dementia paranoides, je 2 Hebephrenie und Katatonie.



Der zeitliche Beginn der Dementia praecox ist in nebenstehendem, zusammenfassendem Altersdiagramm dargestellt. Bei dem Vergleich mit dem Diagramm im *Kräpelin*schen Lehrbuch fällt auf, daß die größte Höhe nicht schon im Jahrfünft bis zu 20 Jahren erreicht wird, sondern daß bei meinen Fällen hier gewissermaßen eine Vorstufe zu der höchsten Erkrankungsziffer zwischen 20 und 25 Jahren hinaufführt. Nach *Kräpelin* zeigt sich der Beginn in mehr als 60% bis zum 25. Lebensjahr, ich finde bis zu diesem Zeitpunkt nur 53%; diese Differenz ist wesentlich

das Konto der Frauen und hauptsächlich hier der Dementia anoides zu setzen, von denen nur 44% bis zum 25. Jahr erkeu, während von den Männern bis dahin etwa 63% been werden. Im übrigen weichen meine Angaben nicht von en *Kräpelins* ab, und ich kann ihm nur beistimmen, wenn sagt, daß die Beziehung der Dementia praecox und selbst der Hebephrenie zu den Entwicklungsjahren nicht unverchlich ist.

Eine ausgesprochene Depression als Beginn der Erkung finde ich in etwa 55% aller verwertbaren Fälle aneben, einen manischen Beginn nur in 10%, einen unbemmten in etwa 34%. Bei der Katatonie ist die anfängliche ression am häufigsten (63%), weniger häufig bei der Detia paranoides (52%), bei der Hebephrenie wird sie sogar der mehr unbestimmten und meist chronischen Art des Angs an Häufigkeit übertroffen (43%, 49%). Wie ich bei den erformen schon betont habe, stellen meine Zahlen nur Mindestlen dar, und es ist wohl möglich, daß leichtere depressive cheinungen als Ausdruck innerer Unlust und Unbehagens wie n Ausbruch auch anderer Krankheiten sich anfänglich in Wirkkeit etwas häufiger finden.

Der Verlauf meiner Fälle von Dementia praecox gestaltet außerordentlich verschieden, meist finden sich fließende Übergge von der einen zur anderen Untergruppe. Eine einfache, ehmende geistige Schwäche allein findet sich selbst in der ephrenie nicht allzu häufig; meist treten vorübergehend Ermgen, katatone Symptome, Sinnestäuschungen und Wahnideen die Erscheinung. Den Wahn körperlicher Beeinflussung als druck der verlorenen Selbstbestimmung finde ich in meiner Fälle (84 von 150) deutlich in Form irgendwelcher hnideen ausgesprochen, und zwar verteilen sich diese Fälle glich gleichmäßig auf alle drei Gruppen, nur die Untergruppe Dementia paranoides im engeren Sinne ist durch das ganz nders häufige Auftreten dieses Wahns (16 von 19 Fällen) gezeichnet.

Bezüglich der Ausgänge und damit der Prognose finde ich in 2% (4 Fällen) Heilungen und zwar stets vor Ablauf

Digitized by Google

des ersten Erkrankungsjahres, in 17% (32) Heilungen mit Defek mit mehr oder weniger lange andauernder, beschränkter Erwerbs fähigkeit. Allgemeine Zahlen in dieser Hinsicht für die Dementia praecox zusammen finde ich bei *Kräpelin* nicht, so daß ein Ver gleich nicht angestellt werden kann. Diesem günstigen Ausgang steht die bei weitem größere Zahl mit Ausgang in einen unheil baren Endzustand gegenüber, und zwar finde ich nicht hochgradig Verblödung, Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit, halluzinatori schen Schwachsinn und halluzinatorische Verrücktheit in 48% (93 Fällen), den Ausgang in schwere Verblödung in 33% (63 Fällen). Der letztere ist bei meinen hebephrenischen Fällen am häufig sten (60%), danach bei der Katatonie (40%), gering bei der Dementia paranoides (9%). Zeitlich wurden diese ungünstigen Endzustände nur in 11% (15 von 138 Fällen) im ersten Jahr häufiger mit 34% (47 Fälle) im zweiten und dritten Jahr, am häufigsten mit 55% erst jenseits des dritten Krankheitsjahres erreicht.

Zum Schluß noch einige allgemeine Bemerkungen. Meine Zahl der Dementia praecox mit 29% aller Aufnahmen weicht gegen die von *Kräpelin* angegebenen von 14—15% so erheblich ab, daß ich nach Gründen hierfür suchen mußte. Daß meine hohen Zahlen dadurch entstanden sind, daß ich den Begriff der Dementia praecox zu weit gefaßt habe, wird man mir nicht vor werfen können. Ich verweise auf meine anfänglichen Ausführungen. Ich glaube vielmehr, daß der Unterschied im Ergebnis zunächst auf dem Unterschied in dem Material einer Universitätsklinik und dem einer Provinzialheilanstalt begründet ist. Eine Anzahl von schnell abklingenden Psychosen fehlt unter unseren Aufnahmen, während sie in der Klinik reichlich vorhanden ist; auch kommen epileptische Geisteskranke hier nur in vereinzelten Fällen zur Aufnahme. Dann aber wird man an die Möglichkeit örtlicher Verschiedenheiten in dem Hervortreten der psychischen Krank heitsformen und ihres Verlaufs denken müssen. Wie sich in dieser Beziehung die einzelnen Menschenrassen verschieden ver halten, so sind Verschiedenheiten bei den einzelnen Gruppen eines Volkes gewiß vorhanden und auch festgestellt. *Wilmans* hat z. kürzlich für Baden und Pfalz ein besonders häufiges Vorkom-

Digitized by Google

manisch-depressiven Irreseins und der Dipsomanie ange-
men.[1]) Im Aufnahmegebiet unserer Anstalt ist die Dementia
cox und vor allem die Unterform der Dementia paranoides
nders häufig, und andere Psychosen, wie vor allem das manisch-
essive Irresein und noch mehr die hysterischen Psychosen,
n zurück.[2]) Zwar stellen die manisch-depressiven und die
erischen Fälle Psychosen endogener Art dar, während *Kräpelin*
die Dementia praecox eine Selbstvergiftung des Körpers an-
nt; zweifellos spielt jedoch ein endogener Faktor im Sinne
r Entartung, wie er sich in der großen Zahl der erblichen
stung zeigt, auch bei der Dementia praecox eine nicht
uleugnende Rolle, ganz abgesehen von den Übergängen,
direkt zu anderen endogenen Psychosen, z. B. zur Paranoia,
berführen, worauf *Möbius*[3]) kürzlich noch aufmerksam
hte.

In dem Gesamtrahmen der Dementia praecox nimmt dann
Dementia paranoides mit 12% von 29% hier einen viel
eren Raum ein als bei *Kräpelin*, der 3—4% von 14—15%
net. Eine Erklärung hierfür weiß ich auch hier nur durch
Annahme lokaler Verschiedenheiten zu geben; Fälle echter
noia im *Kräpelin*schen Sinn sind jedenfalls nicht in den
s meiner Betrachtungen einbezogen. Bei ihrer Seltenheit unter
ren Aufnahmen — ich sah sie in 4 Jahren 6 mal unter
Aufgenommenen — dürften sie auch nicht wesentlich die Zahl
Dementia paranoides vermehren. Zu denken wäre daran,
unsere Anstaltsbevölkerung, welche hauptsächlich aus länd-
n und kleinbürgerlichen Kreisen stammt, infolge der dort
erhin engen geistigen Interessen und der geringen geistigen
eglichkeit nicht zu einer größeren Systematisierung, sondern
aldiger Zerfahrenheit der Wahnideen neigt, und daß somit
echter Paranoia sich zahlreicher in den höheren Gesell-

---

[1]) Zentralbl. f. Neur. u. Psych. 1905 Nr. 180, vgl. auch *Kräpelin*, ebenda,
Juliheft.

[2]) Manisch-depressiv bei *Kräpelin* 10—15%, bei uns nur 5% der Auf-
men.

[3]) Psych.-Neurol. Wochenschr. 1904, Nr. 42.

Digitized by Google

schaftsschichten mit größerem geistigen Besitzstand finden. Hierüber wäre nur durch den Vergleich mit größeren Privatanstalten ein Urteil möglich. Überhaupt wird eine „vergleichende Psychiatrie“ auch innerhalb unseres Vaterlandes, zu welcher sich bisher nur Ansätze finden, gewiß noch mancherlei bemerkenswerte Tatsachen feststellen können.

Digitized by Google

ur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken.[1])

Von

Sanitätsrat Dr. **Fauser,** Stuttgart.

Meine Herren! An den Beginn meiner Ausführungen möchte h ein Bekenntnis stellen, das freilich in einer Stadt, wo als ychiater ein *E. Kräpelin* und als Psychologe ein *Th. Lipps* irken, weder eine besondere Neuigkeit noch ein besonderes Wag- s in sich schließt, nämlich das Bekenntnis, daß nach meiner erzeugung die Psychiatrie, wie sie den Aufschwung der letzten hre — nächst der klinischen Betrachtungsweise im Sinne räpelins, die in erste Linie zu stellen ist — der wissenschaft- hen Psychologie und der Anwendung ihrer Methoden und gebnisse verdankt, so auch ihre weiteren Fortschritte — ich nke hier in erster Linie an die allgemeine Psychiatrie — ederum mit von der wissenschaftlichen Psychologie zu warten haben wird.

Es ist ja ganz selbstverständlich, daß neben der Psychologie weitere Hilfsmittel auch andere Disziplinen heranzuziehen id: allein die dominierende Stellung, die manche Forscher die- n Hilfswissenschaften, insbesondere der Anatomie und der pa- logischen Anatomie einzuräumen geneigt sind, werden alle jenigen auf die Dauer nicht für haltbar ansehen können, die wissenschaftliche Psychologie als eine selbständige, ihren

[1]) Vortrag, gehalten bei der Jahresversammlung des Vereins bayerischer ychiater am 13. und 14. Juni 1905 in München.

Digitized

eigenen Gesetzen folgende, von metaphysischen Voraussetzungen und Bedürfnissen unabhängige Erfahrungswissenschaft auffassen.

Ist aber die Wissenschaft des normalen seelischen Lebens eine in sich selbst ruhende und fest gegründete, dann wird die Wissenschaft von dem krankhaften seelischen Leben mit Vertrauen auf jene sich stützen und den Beweis für die Richtigkeit der psychologischen Gesetze, die sie ihrer Betrachtung zugrunde legt, ihr überlassen dürfen.

Geradeso halten wir es ja auch auf andern Gebieten der Medizin: der Kreislaufspathologe z. B. hält die ihm zukommende Aufgabe dann für gelöst, wenn er den Nachweis geliefert hat, daß und wie bekannte Gesetze der Physiologie hier unter veränderten Bedingungen in Wirksamkeit getreten sind: den Beweis für die Richtigkeit der aufgestellten Gesetze selbst darf er ruhig dem Physiologen zuschieben.

Von diesem Gesichtspunkt aus lassen Sie mich heute ganz kurz ein Symptom betrachten, das bei unsern Kranken nicht selten zur Beobachtung kommt, das Symptom der rhythmischen Betonung: wie ist dieses Symptom psychologisch zu erklären?

Das Symptom selbst ist Ihnen allen ja wohlbekannt. Bei manchen Geisteskranken, insbesondere bei Katatonikern, finden wir eine auffallende Störung der sprachlichen Ausdrucksbewegungen, die darin besteht, daß die Kranken mit ausgesprochen rhythmischer Betonung sprechen. Ganz gewöhnlich ist mit dem Symptom der rhythmischen Betonung das der „Sprachverwirrtheit“ und das der „Verbigeration“ verbunden. Von diesen beiden letztgenannten Erscheinungen wollen wir aber jetzt völlig absehen und uns nur mit der Tatsache der rhythmischen Gliederung und Betonung der sprachlichen Bewegungsantriebe beschäftigen: ist die Neigung zu rhythmischer Gliederung und Betonung schon beim Gesunden präformiert? Wenn ja, warum tritt sie für gewöhnlich nicht in demselben Maße in die Erscheinung resp. was ist die Ursache des Auftretens dieses Phänomens bei besonderen, speziell bei krankhaften Zuständen?

Zum Verständnis der vorliegenden Fragen müssen wir uns zunächst mit der Psychologie der rhythmischen Vorstellungen

Digitized by Google

fühle und Bewegungsantriebe beim Gesunden beschäftigen. (Ich ließe mich im folgenden eng, zum Teil wörtlich an *Wundt* an.[1])

Rhythmische Bewegungen sind unter den belebten Wesen ız allgemein verbreitet; sie finden sich nicht nur beim Men-ıen und bei sämtlichen Wirbeltieren, sondern auch schon bei deren Tieren; und zwar erfolgen zahlreiche — nicht alle — thmische Tätigkeiten bei Mensch wie bei Tier automatisch, ıe Bewußtseinskomponenten: beim Rhythmus unserer Herz-regungen, unserer Atembewegungen, bei den rhythmischen Arm-regungen der Kinder in einer sehr frühen Lebenszeit, bei den thmischen Saugbewegungen des Säuglings handelt es sich — l zwar bei den Herzbewegungen immer, bei den Atembewegun-in der Regel, bei den erwähnten Bewegungen der Kinder ıdestens im Anfang — um Automatismen, um einen physio-ischen Rhythmus der Innervationsprozesse. Auch unsere Geh- d Laufbewegungen sind in der Hauptsache rhythmisch — omatischer Natur in der Weise, daß wir diese Rhythmen, hdem wir sie jeweils willkürlich eingeleitet haben, meist omatisch fortsetzen.

Mit der Frage, wie diese rhythmischen Automatismen phylo-ıetisch zu erklären sind, können wir uns hier nicht länger halten: im Anschluß an *Wundt* werden wir dieselben (wie die eckmäßigen Reflexe) am ehesten als ursprüngliche Willens-ndlungen, insbesondere Triebhandlungen, aufzufassen ha-, die im Laufe der generellen Entwicklung stabilisiert und chanisiert worden sind. Von Wichtigkeit für uns, so wie wir ı einmal geworden sind, ist die Tatsache, daß uns, mögen nun ere Bewegungen jeweils rein automatisch oder unter Mitwirkung ı Bewußtseinsvorgängen erfolgen, von Haus aus rhythmisch ıktionierende nervöse Apparate zur Verfügung stehen.

Dieser in regelmäßig wechselnden Erregungs- und Hemmungs-ilen auf- und abwogende zentrale Regulationsapparat ıet nun seine Ergänzung — nicht etwa seine Ursache — in ı äußeren Eigenschaften unserer peripherischen Werkzeuge:

[1]) Vgl. namentlich seine „Grundzüge der physiologischen Psychologie", Auflage, und „Grundriß der Psychologie", 6. Auflage.

Digitized

so sind unsere Gehwerkzeuge physische Pendel, deren Länge, wie die Gebrüder *Weber* bemerkt haben, derart den beim natürlichen Gehen an ihre Leistungen gestellten Forderungen entspricht, daß jene, wenn sie an der Leiche in pendelnde Bewegung versetzt werden, ungefähr in der nämlichen Periode schwingen, in der sie sich beim wirklichen Gehen bewegen.[1])

Aber nicht bloß die Anlage zum Rhythmisieren, d. h. zur Einteilung unserer Bewegungen in gleichmäßige Perioden, finden wir in uns vorgebildet, sondern auch die Anlage zum Taktieren, zur rhythmischen Akzentuation, zur rhythmischen „Betonung", d. h. zur Verbindung mindestens zweier einander gleicher Eindrücke oder Bewegungsantriebe zu einer regelmäßigen Taktfolge, wobei das eine Glied in der Empfindung wie in dem begleitenden Gefühle und infolgedessen auch, wo es sich um Bewegungsvorgänge handelt, in der Bewegung stärker gehoben wird als das andere. Auch hier werden wir, ähnlich wie beim einfachen Rhythmisieren, anzunehmen haben, daß es sich dabei um eine Anlage unserer gesamten psychophysischen Organisation handelt, nicht etwa bloß um eine Wirkung der physischen Beschaffenheit unserer peripheren Organe. In der Tatsache z. B., daß das stärker akzentuierte Aufsetzen des einen Beins beim Gehen, das taktförmige Gehen, durch die physiologische Ungleichheit unserer Beine begünstigt wird, dürfen wir nur eine Bestätigung der schon beim einfachen Rhythmisieren gefundenen Regel erblicken, daß unsere peripheren Organe den zentralen Regulationsvorgängen entsprechen: das Wesentliche ist auch hier, daß diese letzteren schon von Haus aus auf rhythmische Betonung angelegt sind, so daß wir schon rein automatisch „taktieren", „akzentuieren", „betonen". Auch diese komplizierteren Automatismen werden vom Standpunkt der generellen Entwicklung aus als mechanisierte Willenshandlungen aufzufassen sein, als Niederschläge des natürlichen Auf- und Abwogens der Aufmerksamkeit: die stärkere Betonung entspricht dem Moment der stärkeren Aufmerksamkeit, die schwächere Betonung dem Nachlassen der Aufmerksamkeitsspannung.

[1]) Wörtlich aus *Wundt*.

Digitized by Google

Die einfachste Art der rhythmischen Akzentuierung, die einge, die dem $^2/_8$-Takt entspricht, läßt sich mit Hilfe eines der äuchlichen Taktierapparate ohne Mühe nachweisen: verfolgt z. B. die in gleichmäßigen Intervallen auftretenden und objiv gleich starken[1]) Taktschläge eines gewöhnlichen Metros, so haben wir, falls die zeitliche Aufeinanderfolge der Meomschläge nicht an den Grenzen der rhythmischen Wahrnung steht, d. h. falls sie nicht eine sehr langsame oder schnelle ist — ein näheres Eingehen auf diese Dinge muß mir leider hier versagen — den deutlichen Eindruck, daß ein erer und ein schwächerer Schlag miteinander wechseln, wir tieren" unwillkürlich. Und zwar ist diese natürliche Neizum Taktieren eine so große, daß sie innerhalb gewisser hwindigkeitsgrenzen nicht ganz unterdrückt werden kann.

Handelt es sich hier bei dem einfachen Zuhören nur um subjektive Betonung — die Metronomschläge werden ja tiv nicht verändert —, so wird die Sache sofort anders, souns durch Vermittlung unserer Bewegungen ein Einfluß auf äußeren Vorgang selbst eingeräumt wird: dann kommt es zu objektiven, realen rhythmischen Betonung. Den einten Fall objektiver rhythmischer Betonung, den natürlichen g. habe ich schon kurz erwähnt. Wird die natürliche Gehgung von einer größeren Anzahl Einzelner in übereinstimmenTempo ausgeführt und strenger geregelt, so haben wir den ch vor uns. Bildet sich die regelmäßige Ordnung der Beng weiter aus und überträgt sich von den Gehwerkzeugen ndere Organe und andere Bewegungsformen, so haben wir weite Stufe die Erscheinung der rhythmisch ausgeführmechanischen Arbeit vor uns, sei's in Form gemeinr Arbeit, z. B. beim gemeinschaftlichen Heben und Empor schwerer Lasten, beim gemeinschaftlichen Rudern, beim hen, sei's in Form mehr individueller Arbeit, wie beim ieden usf.: in allen diesen Fällen ist die Arbeit von der

[1]) Von der von Haus aus schon vorhandenen geringen Verstärkung des von je zwei zusammengehörigen Schlägen, die bei den gebräuchlichen omen als ungünstige Wirkung des Mechanismus auftritt, können wir bsehen.

Digitized by Google

Erscheinung des Rhythmus und der objektiven rhythmischen Betonung begleitet.

Als die dritte Form objektiv-rhythmischer Akzentuierung, die schließlich allein an der mechanischen Möglichkeit der Bewegungen gewisse Grenzen findet, stellt sich dann der Tanz dar.

Haben alle diese rhythmischen Körperbewegungen noch etwas Schwerfälliges, Starres, so zeichnen sich die rhythmischen Lautbildungen der Sprache durch die gesteigerte Geschwindigkeit und den mannigfaltigen Wechsel der Bewegungen aus; daran schließt sich dann als letzte und höchste Stufe die in all diesen Beziehungen freieste Rhythmik, die rein musikalische, unmittelbar als diejenige, die nur an den zeitlichen Bedingungen des Tonmaterials und seiner instrumentellen Erzeugung ihre Grenzen findet.

Mit den rhythmischen und rhythmisch betonenden Lautbildungen der Sprache, auf die im einzelnen einzugehen viel zu weit führen würde, haben wir den Punkt erreicht, der uns hier zu beschäftigen hat.

Wenn die natürliche Neigung zum rhythmischen Akzentuieren und Betonen, die wir z. B. beim Gehen und Marschieren, bei der mechanischen Arbeit, beim Tanz bemerken, gerade beim natürlichen Sprechen für gewöhnlich noch am wenigsten stark in die Erscheinung zu treten pflegt, so hat dies seinen Grund darin, daß gerade beim Sprechen das Eingreifen der den Rhythmisierungs- und Akzentuierungstrieb hemmenden Willkür, des aktiven Wollens und der aktiven Aufmerksamkeit, noch am meisten erfordert wird. Stellt sich bei den vorhin erwähnten Bewegungsformen Rhythmus und rhythmische Betonung schon aus Gründen der biologischen Zweckmäßigkeit ein, nämlich weil hierbei die kleinste Muskelarbeit und die geringste aktive Tätigkeit des Willens und der Aufmerksamkeit erfordert wird — so fällt diese biologische Zweckmäßigkeit beim natürlichen Sprechen in der Regel weg. Der besonnene und gesunde Mensch betont hier nicht nach dem Rhythmus, sondern dem Sinn und dem ganzen Zusammenhang gemäß. Seine Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge befreien ihn hier von dem Zwang des sinnlichen Antriebs zum rhythmischen Betonen. Anders da, wo die aktiven

Digitized by Google

ufmerksamkeits- und Willensvorgänge fehlen oder herabgesetzt d: dann tritt auch beim Sprechen die ursprüngliche Neigung rhythmischer Betonung unverkürzt in ihre Rechte. So bedeutet die rhythmische Betonung als pathologisches mptom nichts anderes als ein Zurücktreten der aktiven Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge hinter den nlichen Antrieben, ist also ein Ausfallssymptom.

Auf diese Weise erklärt es sich, warum wir dieses krankhafte Symptom hauptsächlich bei solchen Geisteskranken vorfinden, denen die Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge gestört sind, insbesondere bei den katatonischen und ähnlichen Verblödungsprozessen. Das Symptom der rhythmischen Betonung ist hier iglich ein Spezialfall der durch das Zurücktreten der aktiven fmerksamkeits- und Willensvorgänge bewirkten allgemeinen Unigkeit, auftauchende Antriebe zu unterdrücken, und ist den mptomen der Stereotypie, des Negativismus, der Befehlstomatie, der „Manieren" usf. pathogenetisch und klinisch ichwertig, obwohl natürlich die psychologische Entstehungsweise ser verschiedenen Symptome im einzelnen etwas verschieden . Auf die speziellen Entstehungsbedingungen der letztgenannten mptome einzugehen, liegt nicht innerhalb der Grenzen meiner atigen Aufgabe, ich will nur bemerken, daß mir auch hierüber e genaue wissenschaftliche Kenntnis der entsprechenden norlen psychischen Vorgänge interessante Aufschlüsse zu geben eint — Aufschlüsse, wie sie die anatomische und pathologischatomische Betrachtungsweise niemals zu geben vermag. Und mit komme ich wieder auf das zurück, was ich zur Einleitung ines Vortrags gesagt habe. Ich bin weit davon entfernt, den rt der Anatomie und der pathologischen Anatomie für die ychologische und psychiatrische Forschung herabsetzen zu wol-. Als „Hilfswissenschaften" werden sie sowohl für die rmale Psychologie wie für die Psychopathologie in ihrem Recht iben, sie werden in der Psychiatrie überall da, wo es sich um n rein neurologischen — nicht psychischen — Anteil der Erankungen handelt, sogar in erster Linie stehen müssen; aber ch diejenigen Forscher, welche der anatomischen Betrachtungsise die weitergehende Bedeutung einer grundlegenden und

Digitized

erklärenden Wissenschaft nicht bloß für die neurologische Komponente beilegen, werden nicht umhin können, die Dinge, die sie erklären wollen, nämlich die normalen oder krankhaften psychischen Zustände, zunächst innerhalb ihres eigensten Zusammenhangs, als Teilglieder größerer psychischer Zusammenhänge, zu betrachten und zu analysieren. Sie werden, wenn sie diese Aufklärungs- und Reinigungsarbeit, wie sie die heutige empirische Psychologie ermöglicht, getan haben werden, ihre Fragestellung an die Anatomie und die übrigen naturwissenschaftlichen Disziplinen ganz anders einrichten und dann auch ganz andere Aufschlüsse von diesen bekommen, als unter Zuhilfenahme naiv-metaphysischer Anschauungen, wie sie heute noch vielfach — bei uns Medizinern mehr in materialistischem, bei andern Berufsarten mehr in spiritualistischem Gewande — der Erklärung der psychischen Vorgänge zugrunde gelegt werden.

Digitized by Google

Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen.[1]

Von

Medizinalrat Dr. **P. Näcke**, Hubertusburg.

Spätepilepsie überhaupt ist bekanntlich keine allzu seltene scheinung.[2]) Am häufigsten beobachtet man sie im Verlaufe s chronischen Alkoholismus[3]) — immerhin selten genug, außer im Absinthismus, wo nach *Magnan* der Absinth mehr schuld ran zu sein scheint, als der Alkohol — im Senium,[4]) bei Arterio-

[1]) Erweiterter Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung des deutschen reins für Psychiatrie in Dresden am 29. April 1905.

[2]) Siehe unter anderem: *Mendel*, Die Epilepsia tarda. Deutsche medi- Wochenschrift 1893, Nr. 45. Nach Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. usw. eraturh. über das Jahr 1893, S. 191*. — *Lüth*, Die Spätepilepsie. Diss. rlin 1899. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 51. Bd. Literaturber. S. 230*. — *mpté*, Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie dive chez l'homme. Annales méd.-psych. 1895. Ref. Allgem. Zeitschr. f. ych. Literaturber. über das Jahr 1895, S. 200*. — *Kiernan*, Spätform der ilepsie usw. The Alienist and Neurologist 1897. Ref. Allgem. Zeitschr. Psych. 55. Bd. S. 155*.

[3]) *Heilbronner*, Strafrechtl. Begutachtung der Trinker. Halle, Marhold. 05. S. 55. Wichtig ist die Bemerkung H.s, daß bei Alkohol epil. Anfälle r ausschließlich an einen vorangegangenen Alkoholgenuß gebunden sind. *Wertmann*, Alkoholismus und Epilepsie usw. Arch. f. Psych. Bd. 29. 933.

[4]) *Redlich*, Senile Epilepsie. Wiener medizin. Presse 1900. Ref. Neu- l. Zentralbl. 1901, S. 288. — *Sampson*, Einige Bemerkungen über senile pilepsie. Internat. klin. Rundschau 1894, Nr. 28. Ref. Allgem. Zeitschr. f. ych. usw. Literaturber. über das Jahr 1894, S. 211*.

Digitized by Google

sklerose,[1]) nach Traumen, seltener nach Vergiftungen,[2]) Infektionen (auch Syphilis), nach Herz-,[3]) Nierenkrankheiten,[4]), Diabetes, organischen Gehirnleiden usw. Manche zählen auch die epileptiformen Anfälle bei Urämie, Eklampsie der Kinder und Schwangern, bei Meningitis,[5]) Apoplexia cerebri usw. hinzu, was andere, z. B. *Krauss*[6]), strikte leugnen. Es kommt hierbei eben alles darauf an, wie man den epileptischen Anfall definiert. Ist man nicht mit bloßen regelmäßigen oder unregelmäßigen Zuckungen zufrieden, sondern verlangt man zur Diagnose mindestens noch ein tonisches Stadium und Bewußtlosigkeit, so wird man jene Fälle mit Recht von der wahren Epilepsie ausschließen. Freilich führen genetisch alle möglichen Übergänge zu bloßen Zuckungen oder verschiedenen „epileptoiden" Zuständen hinüber, doch wird man an dem ursprünglichen Ausgangspunkt immer festhalten. Dagegen möchte ich mit anderen die Eklampsie der Kinder und Schwangern doch auch der Epilepsie zurechnen und zwar 1. weil die Anfälle in beiden Krankheiten einander oft zum Verwechseln gleichen, 2. Epilepsie gern später bei solchen auftritt, die früher an Eklampsie gelitten hatten und 3. epileptische Frauen nicht selten eklamptische Krämpfe bekommen, womit, glaube ich, mindestens die nahe Verwandtschaft zwischen beiden Leiden hinlänglich bestätigt ist.

Mendel (l. c.) zählt zur Spätepilepsie nur diejenigen Fälle welche nach dem 40. Jahr auftreten, während *Läth* solche schon nach dem 31. Jahr (bei Frauen nach dem 25.), hinzurechnet. E.

[1]) Als Unterabteilung gehört hierher auch die sog. cérébrosclérose lacunaire progressive d'origine artérielle von *Grasset*. Siehe Clinique médicale 19. Okt. 1904.

[2]) Als Abstinenzerscheinung auch bei Morphium und Brom, bei letzterem freilich nur als Rezidiv.

[3]) *Mahnert*, Zur Kenntnis der Herzepilepsie usw. Wiener medizin. Wochenschr. 1897. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57. Literaturh. S. 133.

[4]) *Bresler*, Zur Spätepilepsie. Psych. Wochenschr. 1899, Nr. 13.

[5]) Einen klassischen Fall hiervon veröffentlichte kürzlich *Marchand*: L'idiotie acquise et épilepsie provoquée par une méningite chronique. Revue de psychiatrie usw. 1904, S. 483.

[6]) *Krauss*, Artikel Epilepsie, im Lehrbuch der inneren Medizin, herausgegeben von v. *Mering*. Jena, Fischer 1902, S. 889.

Digitized by Google

l 5,8 % solcher Fälle (6,8 % bei M. und 4,3 % bei W.), also as häufiger bei Männern. Bei ca. 25 % spielte Erblichkeit große Rolle (nach *Lüth, Kiernan* dagegen nicht). Nie sah *del* sie nach Arthritis auftreten, Fälle dagegen, wo jahrelang rische Störungen voraufgegangen waren. Auffallend häufig te sich Epilepsia nocturna, öfter Zwangsvorstellungen und chondrische Verstimmungen. Intelligenz und Gedächtnis weniger häufig als sonst (nach *Lüth* tritt im allgemeinen gen schneller Verblödung ein). Es gab sogar Heilungen.

Wenden wir uns nun speziell den Psychosen zu, so sehen daß epileptische Anfälle im akuten Stadium nicht allzu selsind, namentlich in der Dementia praecox-Gruppe. Anders es mit dem chronischen Irresein. Mit Ausnahme der Para- wo epileptische oder epileptoide Anfälle bekanntlich sehr g sind — durchaus nicht aber tragen alle den Charakter echten epileptischen —, der Idiotie und der alkoholischen nosen, kommen solche bei den übrigen chronischen Geistesheiten nur abnorm selten vor. Treten sie aber mit allen tomen echter Epilepsie auf, was freilich durchaus nicht r der Fall ist, so sehe ich nicht ein, warum man sie nicht dazu zählen sollte. Die Lehrbücher von *Binswanger, Kräpelin, Sommer, Schüle, Griesinger* usw. schweigen ganz das Vorkommen epileptischer Krämpfe bei den chronischen ionellen Psychosen, und nur kurze Notizen hierüber finde ei *Clouston*[1]) und *Ziehen.*[2]) Der erstere sah ungefähr 12 Fälle von Spätepilepsie — die er als „epilepsy" bezeich- — und hatte noch 5 weitere Fälle in Beobachtung. Es meist chronisch Demente, und die Krämpfe traten regelmäßig lisch auf, während *Clouston* Fälle mit einem einzelnen oder Reihe von Krämpfen im Verlaufe einer frischen oder chron Psychose, z. B. in der von ihm sog. „konvulsiven" Form lelancholie, oder in einem Falle von langdauernder Folie aire, oder im Verlaufe alkoholischer oder syphilitischer Psyn, nicht mit einrechnet, was ich getan hätte.

[1]) *Clouston*, Clinical lectures on mental diseases. 3. edit. 1892. Lon. 426.

[2]) *Ziehen*, Psychiatrie, 2. Aufl. Leipzig 1902. S. 179.

Digitized by Google

Nach *Ziehen* findet man „gelegentlich auch vereinzelte, durch jahrelange Zwischenräume getrennte epileptische Anfälle bei solchen Geisteskranken, bei welchen von genuiner Epilepsie — eben wegen der ungemeinen Seltenheit der Anfälle — nicht wohl die Rede sein kann. Namentlich bei sog. originären Psychosen ist dies Vorkommnis nicht selten". Auch diese würde ich trotzdem ruhig der Epilepsie zurechnen.

Eine ausführliche Beschreibung unter dem Namen „Spätepilepsie" finden wir zuerst bei *Cristiani*[1]) im Jahre 1896. Dieser Autor veröffentlichte 7 Fälle (davon 4 W. betr.) von Manie und Melancholie mit chronischem Verlaufe. Nach jahrelangem Bestehen, im Stadium der sekundären Demenz, traten in längeren Zwischenpausen epileptische Anfälle auf, ohne daß epileptische Antezedentien vorlagen. Verf. bemerkt ausdrücklich, daß diese Epil. tarda bei chronischen Psychosen bisher nicht beschrieben ward. In 3 Fällen fand sich Leptomeningitis mit Sklerose und Atrophie des Gehirns vor. Bei 2 Kranken traten die ersten Anfälle im 32. resp. 35. Jahre auf, bei den übrigen zwischen 47 und 66 Jahren. Seit dem Beginn der Psychose waren einmal 2 Jahre, zweimal 25 resp. 41 Jahre, in den andern 4 Fällen 5—10 Jahre vergangen, ehe sie auftraten. Hereditäre Anlage zeigte sich in allen 7 Fällen. Verf. meint endlich, es scheine, als ob hier, im Gegensatze zur Spätepilepsie geistig Gesunder, die Weiber bevorzugt würden. Endlich veröffentlichte *Maggia*[2]) im Jahre 1903 einen Fall von Spätepilepsie, eine zirkulär Geisteskranke betreffend, die im 58. Jahr einen einmaligen epileptischen Anfall hatte, ohne vorangegangene Anzeichen einer bestehenden Epilepsie.

Die überaus große Seltenheit dieser Spätepilepsie sieht man endlich daraus, daß mir im Herbste 1904 in Paris solche erfahrene Männer wie *Magnan*, *Jaffroy*, *Sérieux* sagten, sie hätten davon in ihrem ganzen Leben nur einige Fälle gesehen. *Marandon de Montyel* schrieb mir am 23. Mai 1905, daß er sie

[1]) *Cristiani*, Epilessia tardiva negli alienati di mente, Archivio di Psic etc. vol. 16. Ref. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 168.

[2]) *Maggia*, Über einen Fall von Epilepsia tardiva bei einem Geisteskranken. Ferrara 1903. Ref. im Literaturber. des Jahres 1903 im 61. B der Allgem. Zeitschr. f. Psych., S. 205*.

Digitized by Google

nentan nur auf einen Fall besänne, wo die Krämpfe mehrere
e andauerten. Leider gibt er hier nicht an, ob eine Heilung
elben eintrat. *A. Marie* in Villejuif hat nur einen einzigen
hergehörigen Fall beobachtet, den er mir im Auszuge schickte
e später). *Toulouse* kannte keinen einzigen Fall (mündliche
eilung). Selbst der vielerfahrene *Féré*, der ein ausgezeichnetes
über Epilepsie geschrieben hat, sah nur wenige Beispiele.
21. November 1904 schrieb er mir folgendes: „. . . L'épilepsie
ve est relativement fréquente et ne présente guère de carac-
particuliers. Quant à l'affection de l'épilepsie tardive chez
liénés anciens, je l'ai observée plusieurs fois, mais je n'en
pas la valeur exactement. C'est un point intéressant à
r. J'avais pensé que c'était un signe d'aggravation, les
les se somatisent en quelque sorte . . ."

Auch eine Umfrage bei mehreren deutschen Anstaltsdirektoren
negativ. Geheimrat *Weber* vom Sonnenstein konnte sich
s einzigen solchen Falles in seiner langen Praxis entsinnen.
r schrieb mir den 12. August 1904 folgendes: „. . . Von
siefällen, wie Sie diese meinen, ist mir selbst einer begegnet,
chronisch geisteskranke, „halluzinatorisch-verwirrte" Frau,
er in der Anstalt nach mehrjährigem Aufenthalt in der
en vereinzelte echte (und sogar schwere) epileptische Anfälle
ten . . ." Mit all dem Obigen steht es nun in grellem
spruche, wenn *Westphal*[1]) folgendes schreibt: „ . . . doch
kte ich damals,[2]) daß das Vorkommen epileptischer Anfälle
n früheren Leben Geisteskranker und auch chronisch Ver-
r ungemein häufig war, daß die sog. epileptoiden Anfälle
er allgemeinsten und häufigsten Symptome in der Gruppe
rkrankungen bildet, die wir zu den Geisteskrankheiten und
pathien rechnen, und daß weder für den Charakter und die
der Erkrankung, noch für ihren Verlauf und ihre Prognose
oße Vorhandensein eines oder mehrerer epileptischen oder
oiden Anfälle maßgebend ist." Den Ausdruck „epileptoid"

Westphal, Anfälle larvierter Epilepsie, dem Ausbruch paralytischer
störung Jahre lang vorausgehend. Arch. f. Psych. 7. Bd. S. 631.

Westphal, Die Agoraphobie. Archiv f. Psych. Bd. 3. S. 156.

Digitized by Google

will *Westphal* in weiterem Sinne gefaßt sehen und zählt dazu auch „die mannigfachen Varietäten der als Petit mal, Eklipsie Absencen beschriebenen Zustände, bis zu den Schwindelanfällen Anfällen von Flimmern, Schwarzwerden vor den Augen, Migrän usw." Ich bemerke dagegen, daß ich in der Anamnese von Geisteskranken nur sehr selten Epilepsie oder epileptoide Zustände (im Sinne *Westphals*) antraf; daß letztere wohl öfter im Verlauf akuter und chronischer Psychosen vorkommen, immerhin aber noch selten genug. noch viel seltener aber, wie schon sattsam gesagt epileptische Anfälle. Andere werden wohl auch ähnliche Beobachtungen gemacht haben.

Da ich nun in der letzten Zeit in Hubertusburg zwei resp. drei Fälle von Spätepilepsie bei chronischem Irrsinne sah, forschte ich weiter nach und zwar mit dem obigen Resultat. Ich besann mich auch, daß in meiner früheren Tätigkeit in Colditz mehrere solcher Fälle mir vorgekommen waren, und deshalb wandte ich mich an diese Pflegeanstalt mit der Bitte, mir darauf bezüglich Krankengeschichten zu senden, was sofort geschah.[1]) Ich habe darunter acht Krankengeschichten ausgewählt. Eine weitere war mir von Dr. *A. Marie* in Villejuif gütigst zugeschickt, und eine erhielt ich von der Frauenanstalt zu Hubertusburg.[2]) Somit verfüge ich über ein Material von 12 Fällen, allerdings nicht ganz gleichen Wertes. denen ich einen 13. Fall von meiner Abteilung noch zufüge. der zwar nicht ganz rein, aber sonst interessant ist. Es handelt sich also vorliegend um das bisher größte veröffentlichte Material, das ich, der Seltenheit halber, etwas ausführlicher mitzuteilen gedenke, schon damit jeder einen möglichst genauen Einblick in die Verhältnisse gewinnen kann. Eine kurze Epikrise schließt sich jedem Falle an. Bemerkt sei noch ausdrücklich. daß ich bis auf ein oder zwei Ausnahmen nur solche Beobachtungen wählte, wo erstens alkoholische Psychose ausgeschlossen ist, da ja hier Spätepilepsie nicht gar zu selten auftritt. und zweitens wo solche chronische Psychosen nicht von

[1]) Ich danke dafür an dieser Stelle Herrn Obermedizinalrat Dr. *Fölgner* und den anderen Kollegen in Colditz, die mich mit unterstützten.

[2]) Hierfür danke ich Herrn Medizinalrat Dr. *Matthaes*.

Digitized by Google

n. bei denen in der Jugend, in der Pubertät oder im akuten lium des Irreseins Krämpfe auftraten. Diese zwei Arten nehmen Sonderstellung ein, und deshalb sehe ich hier davon ab.

I.

Meine Fälle selbst sind nun folgende:[1])

1. K., Barbier, 1865 geboren, ledig. Ohne erbliche Anlage, gut befähigt. ätig. Von der Wanderschaft zurückgekehrt, zeigte er sich auffallend . stürzte alles um, zog die Betten ab, konnte die rote Farbe nicht . kam in das Krankenhaus in Bautzen, machte hier den Eindruck eines rwahnsinnigen; doch schon nach vier Tagen entlassen: gründet dann sden ein eigenes Geschäft. Früher solid, dann liederlich, exzedierte uch sexuell, onanierte. Pfingsten 1890 erregt, verworren, vernachlässigte eschäft, vagierte. Halluzinationen, Illusionen: steht mit Petrus und Papst in Verbindung, läßt sich in den Reichstag der Angelsachsen . von denen er abstammt, gründet ein neues Armeekorps mit grüner m, wird Kronprinz von Sachsen, will in die Dresdener Kinderfabrik at seit Januar 1890 500 Kinder fabriziert. Ernährung ziemlich gut, e gesund. Den 11. Juli 1890 zum ersten Male in Colditz aufgenommen. bei der Aufnahme psychische Schwäche deutlich, Wahnideen fixiert. ftigt sich teilweis, stark reizbar und neigt zu Gewalttätigkeit. Ende nach Kolonie Zschadraß. Arbeitet, grob, prahlerisch, ohne Krankheits- t. leicht obszön, Verdacht, auf Kinder unsittliche Attentate verübt zu haben. i 1892 wegen wiederholter Gewalttätigkeit nach Colditz zurück; konfus, ut, arbeitet eine Zeitlang im Gemüsegarten. Glaubt, die Leute reden htes von ihm, daher öfters zuschlagend. Gereizt, die „Doktorei" wirke tig auf ihn. Kindisch, neckend, reizbar. Überfiel plötzlich am 29. Januar inen Kranken, der einen Bruch des Oberschenkelhalses davontrug. . In der Zelle höchst konfus, kindisch, zeigte dem Eintretenden Stroh, äne usw. als etwas Interessantes. Verkroch sich draußen gern, aber wieder aufgefunden. 29. März entlief er, doch zurückgebracht. Den i 1894 nach Zschadraß versetzt. Gereizt, rücksichtslos, viel Halluzi- n, störte tags und nachts. Versteckte sich Dezember 1894 im Abort, er sei Volksmann und müsse deshalb hier alles einsehen. Am 3. Januar hr stark Visionen: er habe eine magnetische Linie, die von der Wirbel- us dem Kopfe zum Gehirn gehe, auf dieser Linie habe er eine Stimme genau wie beim Telephon. Unter der Haut seines Unterleibes müsse ärmflasche sein, da der Nabel sich ganz heiß anfühle. Den 21. Februar ach Sonnenstein gebracht. Vollständig verworren, dabei nicht so kon- enehmen. Erinnerungstäuschungen, Größenideen, meist gutmütig, fleißig.

[1]) Beziehen sich alle bis Anfang 1905, außer wo der Tod früher eintrat.

Digitized by Google

bisweilen erregt. 14. Mai wegen drohender Haltung auf die Wachabteilu gebracht. Hier längere Zeit, verworren. 30. Mai isoliert. 20. Februar 1: beim mutuellen Masturbieren betroffen. Verstimmt, zeitweis benommen. gressiv, dann isoliert. Andere Male, offenbar durch Halluzination, euphoris 22. Mai 1897: Längere Zeit nicht gewalttätig, mehr stuporös, ganz schwac phantastische Wahnideen. April 1898: äußerlich geordnet, freundlich, s fleißig, aber ganz verworren, sammelt Haare auf den Rockkragen seiner M kranken und steckt sie in die Westentasche. Kritiklos. 1899: Oft Konflik isoliert, hat die lächerlichsten Ausdrücke. 17. März 1900: immer noch impul aggressiv, öfter stuporös. Den 26. April nach Colditz zum zweiten M Ohrläppchen angewachsen, mäßige Struma, rechts Leistenbruch, etwas Pl fuß. Stets fluchtverdächtig. Behauptet den 3. Mai, der Penis müsse verki werden, er sei zu lang, die rechte Schulter stehe höher (nicht der Fal Die absonderlichsten Wahnideen, konfus, zeitweis erregt, stuporös oder st halluziniérend. Am 12. Dezember würgt er einen Kranken; am 13. Dezem erregt, wirft ein Waschgefäß hin, sieht bleich aus, zittert am ganz Leibe, ist mit Schweiß bedeckt, einige Tage isoliert. 1901 sehr z Schlagen usw. geneigt, meist konfus, verkennt den Arzt. Kennt zeitweis seine P sonalien. Am 17. Juni sagt er, er heiße „Emma Ottilie" und sei Advokatentoch 1903 meist verworren, unzugänglich und sehr gewalttätig, so auch teilwe 1904. Am 13. Dezember ein schwerer epileptiformer Anfall, stürzt Aufschrei nieder, zwei Minuten lange tonisch-klonische allgemeine Krämp bewußtlos. Darnach den ganzen Tag benommen und taumelig. Eingebet Nächsten Tag freier, ausgebettet. 1905. Bis Anfang dieses Jahres ke Krämpfe mehr. Sitzt verworren da, unzugänglich, murmelt vor sich h gelegentlich explosive Halluzinationen, Verkennung, Federschleißen.

Wir werden wohl kaum fehlgehen, wenn wir obigen F zur Dem. praec. paran. zählen, trotz der massenhaften Hallu nationen und Illusionen, die an *Wernickes* Halluzinose erinne Der geistige Zerfall ist aber so schnell entstanden, wie bei ech Halluzinose nicht beobachtet wird. Die initiale Erregung t auch schon sehr früh auf, gleich nach der Rückkehr von Wanderschaft. Der erste klassische epileptische Anfall — bis] der einzige! — trat etwa 14 Jahre nach Beginn der Psychose a Die Aura fehlt scheinbar, dagegen ist die postepileptische B nommenheit einen Tag lang andauernd. Vier Jahre vorher ha er möglicherweise bereits einen rudimentären Anfall: erst erre wird er plötzlich blaß, zittert am Leibe, ist mit Schweiß bedec Wir sehen, daß er 1891 zu Obszönitäten neigt und unsittlic Attentate auf Kinder verdächtig ist. Gerade bei solchen Delik muß man zunächst an Imbezillität, Paralyse, Senium, Epilep

Digitized by Google

ann aber gleich an Dem. praecox denken. 1896 ward Pat. ein-
al bei gegenseitiger Masturbation betroffen; ob später noch öfters,
t nicht notiert. Er bietet endlich ein typisches Bild eines höchst
efährlichen, die Sicherheit der anderen stark gefährdenden und
n Betrieb der Anstalt außerordentlich störenden, nicht bestraften
eisteskranken dar. Solche Kranke sollten auf alle Fälle aus der
nstalt entfernt werden und am liebsten, wie ich[1]) mit anderen
rschlug, in einen Adnex für irre Verbrecher kommen.

2. Fall. St., Handarbeiter, geboren Oktober 1853, ledig. Am 9. Juli
92 nach Sonnenstein gebracht, seit 26. März im Chemnitzer Krankenhause.
st Verdacht auf Paralyse, dann aber zeigte sich sekundäre Verwirrtheit
t großer gemütlicher Reizbarkeit, einzelnen Zügen von Narrenhaftigkeit und
Berordentlicher Zerstörungssucht. Plötzlicher Umschlag in traurige Stimmung
t starkem Taedium vitae nur einige Wochen. Sonst gleichmäßiges Bild
tonischer Verwirrtheit, verschrobene, narrenhaft gefärbte Redewendungen,
llechte Orientierung, fehlende Krankheitseinsicht, Euphorie, leichte Aggres-
n. starke Zerstörungssucht. Sogar Türpfosten und Wände sucht er mit
ngern und Zähnen zu zerstören. Zeitweilig unreinlich, schmiert; gemein-
fährlich. Am 26. Juni 1893 nach Colditz übergeführt. Ohne Erblichkeit.
heint zeitweise Schnaps in größeren Mengen genossen zu haben. Krankheit
gann mit Stupor, abwechselnd mit Erregungen, letztere zuletzt vor-
rschend. Kräftig gebaut, bietet nichts Besonderes dar. Macht allerlei
mmheiten, bindet sich einen Faden um den Penis. Konfus, lächelt blöde
t sich hin. 26. August. Zerreißt Kleider. Göttinger Anzug. — 18. Januar
94. Zerbricht die Bettstelle, sucht den Tisch zu zerstören usw. — 1. Februar.
hreit laut, man solle ihm den Daumen abhacken. — 26. Juni. Nach
chadraß versetzt. Blinder Zerstörungstrieb, öfter Fluchtversuche, sehr
rein. Deshalb bald nach Colditz zurück. 1895. Zeitweise in der Stroh-
be beschäftigt, zerreißt viel, schmiert, zerstört. — 20. Februar 1896 verlangt
man solle ihm gesunde Zähne ausziehen. — 29. April 1896 früh 3/4 6 Uhr
angeblich epileptischer Anfall, mit minutenlanger Bewußtlosigkeit.
gte darnach über Kopfschmerz, abends wirft er die Schüssel hin und
reißt das Hemd. — 30. April. Steht vom Bette auf, sieht etwas kon-
tioniert aus. — 18. Mai hat er wiederholt nicht gegessen, weil angeblich
pftet. 1898 zerstört er viel, ist viel in Winkeln, wirft Sachen zum Fenster
aus usw. Rechtsseitiger Leistenbruch entdeckt. Am 28. Februar 1899 fällt
früh 6 Uhr im Aborte plötzlich nieder, scheint eine Zeitlang benommen.
kungen nicht wahrgenommen. Klagt einige Stunden später über Kopf-
merz. 1900. Zerstörungssüchtig, zeitweis zur Arbeit mitgenommen. 1901.
kennt Personen. „Wo sind Sie?" „Ich glaube in Blumenau im Markt-

[1]) *Näcke*, Erweiterung der Adnexe für geisteskranke Verbrecher an Straf-
nstalten. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1904 Nr. 26.

Digitized by Google

gute.“ Verkennt Arzt und Oberpfleger, zerstört nach wie vor gern, schwatzt konfus, beschäftigt sich leicht. 17. Oktober 1902 fällt abends vom Stuhle auf Gesicht. Eine Minute bewußtlos, Körper schlaff, dann Erbrechen, Zuckungen im Gesicht und in den Armen. — 18. Oktober. Wieder munter. — 2. Juni 1903. Ganz unzugänglich, gespannter Gesichtsausdruck, oft laut und explosiv. Hat in den vergangenen Monaten drei Krampfanfälle gehabt. Seit April aber nicht mehr. 1904. Oft plötzlich erregt, drohend. Arbeitet zeitweis, stumpf. 1905 desgleichen. Seit 1½ Jahren keine Anfälle mehr gehabt.

Auch hier handelt es sich um Dem. praecox. Es wurden im ganzen sechs Anfälle beobachtet, darunter war der zweite scheinbar ein rudimentärer. Der erste Anfall trat etwa vier Jahre nach Beginn der Psychose auf. Wenngleich Pat. zeitweise viel Schnaps getrunken haben soll, so spricht nichts dafür, daß er ein eigentlicher Trinker war, auch nicht die körperliche Untersuchung.

3. Fall. L., aus Zwickau, geboren 23. Oktober 1851, in Colditz seit 30. Mai 1879. Handarbeiter, ledig, sehr mittelmäßig begabt, schlecht erzogen, körperlich gut entwickelt, nichts über Erblichkeit zu erfahren. Kein Sorgen und Unglücksfälle, erhielt in der letzten Zeit Unterstützung, war dem Alkohol sehr ergeben, nie krank. Vor drei Monaten allmählich Depression mit Exazerbationen. Vom Armenhaus kam er den 1. April 1879 ins Krankenhaus. Er hielt die Kressen für Blausäure, das Krankenhaus für ein Hurenhaus, sah den Himmel grün, war aggressiv, zerschlug Nachtstuhl, zeigte Neigung zum Vagieren, arbeitete nicht, verunreinigte die Zelle, aber hielt sich selbst proper. Schrie nachts, glaubte, seine Umgebung belästige ihn. Gang zuweilen schwankend, doch Beweglichkeit sonst nicht gestört. Handschrift verschlechtert, tageweise Nahrungsverweigerung. Sinne gesund. Gesicht stupid, Zunge gerade, zittert, Sprache langsam, deutlich. Haltung nachlässig. Zwei Leistenbrüche, sonst gesund. Aus dem Journal ersieht man weiter sein ungeregeltes Leben, mehrfach kriminell und polizeilich bestraft. Eine Schwester war im Armenhaus. Patient machte nächtliche Angriffe auf den Armenhausverwalter, schrie usw., deshalb ins Krankenhaus. In Colditz zunächst ruhig, erwähnt seine Vergiftung durch Trinkwasser. Er habe im Rettich blaugrüne Körner beobachtet, die er dem Geschmacke nach für Gift, für Blausäure gehalten, sei aber daran nicht gestorben, weil es Gott nicht so gewollt habe. Nur Kopfschmerzen habe er bekommen. Arbeitet nur zeitweise. 1880. Anhaltende Arbeitsscheu, öfters Konflikt und loser Mund. Erhielt bisweilen Strafduschen, auch Zelle. 1881. Arbeitet fast nicht mehr, ganz konfus. 1882. Schlägt zuweilen. 1884. Nachts durch Herumlaufen oft störend, schlägt um sich, schimpft sehr, unter Gehörstäuschungen leidend, was ihn auch aggressiver macht. 1885 Dasselbe. Total verworren, kennt niemanden aus der Umgebung, schlägt oft täglich, wenn er sich verfolgt glaubt. Den 24. März 1887 nach Zschadraß. Arbeitet, ganz verworren.

Digitized by Google

. Jetzt viel ruhiger wegen weniger Täuschungen. Auf dem Felde fleißig, t stumpf und für sich. 1893/94 gleichmäßig ruhiger Essenfahrer, bis-n nur durch Halluzinationen kurze Zeit laut. 27. Juli 1894 nach Colditz k. Im ganzen fleißig, ruhig, wäscht sich öfters mit Urin und onaniert ndern. 1895. Mitunter noch erregt. 31. August abends 9½ Uhr ein eptischer Anfall (der erste). Zucken und starkes Schnarchen und ln, blutiger Schaum vor dem Munde. Zehn Minuten Dauer. Später sich eine Bißwunde auf der Zunge. Am selben Tage ziemlich be-nen, stumpf, verstört, etwas Kopfschmerzen, wenig Appetit. Rechte htshälfte etwas schlaffer als linke, im rechten Auge kleine Blutextrava-2. September. Etwas freier, klagt nicht. Selten nur noch unter ß von Halluzinationen erregt. 8. April 1897 abends beim Schlafengehen ftiger Anfall von etwa fünf Minuten Dauer. Kleiner Zungenbiß. f (noch am 10. April) auffällig reizbar und zänkisch. — 22. August s 9 Uhr heftiger Anfall, desgleichen früh am 23. 1 Uhr und anhaltend mmen. — 17. November abends ½9 Uhr ein heftiger Anfall; vorher empfindlich und zanksüchtig. — 27. Dezember. Nachts in letzter fter sehr unruhig, sprach von Huren und Spitzbuben, schimpfte usw. esem Jahr vier Anfälle und ein Schwindel (den 9. Juni) dagewesen. Versuchte wieder andere zur Masturbation zu verleiten. — 26. April ein leichter (l.) Anfall, pißte ins Bett. — 25. August. Versuchte Leute h ins Bett zum Masturbieren zu locken. Nachts öfter laut. 23. Oktober Anfall mittags, abends zwei desgl., nachher sehr abgespannt. Den en Tag wieder nachts ein h. Anfall, dabei Urin ins Bett gelassen und Blutflecke, wahrscheinlich vom Zungenbiß. Am Tage sehr schwach n Beinen, benommen. 1898 hatte er sechs Anfälle, davon zwei l. und lem ein Schw. (Schwindel); 1899 sechs Anfälle, (davon ein l.); 1900 Anfälle (davon zwei l.) und ein Schw.; 1901 zehn Anfälle, 1902 sieben an zwei Tagen darunter je zweimal); 1903: 19 Anfälle (am 23. April n drei andern Tagen je zwei, am 31. August vier); 1904: 27 Anfälle er dreimal je vier, zweimal je zwei und einmal drei Anfälle binnen nden). Die Anfälle meist in kleinen Gruppen vereinigt, danach längere . In der Zwischenzeit zeitweis Erregung mit Neigung zu Gewalttätig-Ganz verblödet und zwar seit Jahren. Vor den Anfällen nicht selten , darnach fast stets benommen. 1905, 10. Januar. Gelegentlich einmal acht Anfällen binnen 24 Stunden.

Wahrscheinlich liegt hier Dementia praecox paranoides vor. liederliche kriminelle Leben hängt dann damit zusammen. uch das Trinken, welches also nicht primär erscheint. Nach ren Krankheit trat der erste epileptische Anfall auf; die fe werden häufiger, treten gern gruppenweise auf und so-häuft, einmal acht in 24 Stunden. Oft ist eine Aura in Form eizbarkeit, Zanksucht da. Die Verblödung ist eine sehr

Digitized by Google

tiefe, vielleicht zum Teil den Krämpfen in den letzten Jahren mit zuzuschreiben. Inwieweit hieran, wie auch etwa am Entstehen der Krämpfe selbst der Alkohol beteiligt war, ist schwer zu sagen, doch möchte ich eher glauben, daß die Dementia praecox daran mindestens die Hauptschuld trägt. Ziemlich oft erscheint endlich in obigem Falle die gegenseitige Onanie.

4. Fall. A., Handarbeiter, geboren 5. Dezember 1857, verheiratet. Seit Mitte 1892 erkrankt. Erst hypochondrische Verstimmung, dann Sinnestäuschungen, stark erregt, schreit, gewalttätig. Erregungen kehren regelmäßig wieder. Seit 27. Februar 1895 auf Sonnenstein. Starke Demenz allmählich. Sonnensteiner Diagnose: „Leidet an Dementia paranoides mit katatonischen Erscheinungen." Über Heredität nichts bekannt. Den 15. Juli 1898 nach Colditz übergeführt. Klein, schwächlich, blaß, 45 kg schwer. Etwas Dämpfung an der Herzspitze. Radialarterien geschlängelt und starr. Haltung schlaff. Gang sicher. Gesichtsausdruck blöde. Sagt, durch Vergiften sei er um seine Gesundheit gebracht worden. Man habe ihm etwas eingegeben, um ihn zu zwingen, seine Kleider zu zerreißen usw. Sitzt stumpf da, kümmert sich um nichts. — 23. September. Plötzlich erregt, schreit: „Ihr Raubmörder, ihr Bluthunde!", beruhigte sich bald. — 2. Oktober. Früh wieder plötzlich erregt, schrie laut. 3. Oktober. Nachmittags ein heftiger epileptischer Anfall. Rückt langsam auf die Seite in sich zusammen, schreit laut auf, wird steif und dann zuckt er überall. Nach fünf bis sechs Minuten Dauer Erschlaffung. Nach einer halben Stunde munter. Im Jahre 1898 zwei Anfälle; 1899 zwei Anfälle; 1900 ein Anfall; 1901 ein Anfall; 1904 zwei Anfälle. — Am 27. November 1898 schimpft er laut: „Die verfluchte Bande auf dem Sonnenstein hat mich vergiftet." 1899. Zeitweise Erregungen und stereotype Bewegungen, bringt ab und zu seinen Vergiftungswahn vor, daher auch bisweilen Nahrungsscheu. Die Erregungen und das Brüllen besonders durch Halluzinationen. Mitunter religiöse Anspielungen, ganz verworren. 1900. Öfter unruhig, besonders nachts und dann in letzter Zeit das Bett nässend. Am 25. Dezember meinte er, man blase ihm kalte Luft ein, damit er frieren müsse. 1903 läuft er öfter ängstlich umher, macht nichts mehr; unzugänglich. Beim ganz typischen Anfalle öfter mit Urin unrein, auch Schaum vor dem Munde.

Also typische Dementia praecox paranoides. Der erste Anfall erfolgt sechs Jahre nach Beginn, und acht Krisen wurden bis Anfang 1905 beobachtet. Ob etwa das ängstliche Umherlaufen im Jahre 1903 ein epileptisches Äquivalent ist, läßt sich nicht sicher sagen.

5. Fall. K., Bauführer, geboren 1850, verheiratet. Ohne erbliche Anlage, mittelmäßig begabt, solid, so viel bekannt. Keine Ursachen zur Psychose. Zuletzt an einem Kirchenbau in Chemnitz beschäftigt. Erkrankte psychisch im Herbste 1887. Unordnung, Mangel an Arbeitslust, Rechthaberei, Zank-

Digitized by Google

t. Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Erregte libido, starke Eifersucht, alttätig gegen die Frau. Am 11. April 1888 in die Anstalt zu H ..... Verfolgungs- und Größenwahn bis 19. November, dann am 20. November Colditz gebracht. Keine Innervationsstörungen, beim Sprechen ab und eichtes Anstoßen. Verworren. In jedem Menschen sei mehr oder weniger „Blutstimme". Am 9. Dezember 1888 schrieb er: „ . . . . . Wenn andere vernünftig sind, so muß ich es wohl sein, indessen habe ich das Leben satt . . . gut fressen und saufen mag ich auch gern, doch woher nehmen, man mich hier nicht aus dem Dinge herausläßt, was soll ich denn . ich bin doch gesund . . ." Widerspenstig, gibt dem Arzte fast täglich . mit Bleistift beschriebene Zettel. Spricht viel von Freimaurern (ist gewesen). Hat eine hämische Art, zu reden. 1889. Seine Frau sei s gewesen, es seien hier schlechte Menschen, die Schwefelgeruch ver-ten und ihm die Kehle einschnürten. Oft unzugänglich, grob, wider-hend, mystisch, zynisch (Sie Arschf . . . er!). — 3. Februar. Hört Kopf-iebesstimmen. Gefühlstäuschungen aller Art. — 18. Februar. Beschuldigt reimaurer der geheimen Hurerei. März. Hört viel Stimmen, daher oft und unzufrieden. 18. Mai. Zeichnet Pläne zu einer Irrenanstalt. — . Rouleauxschnur abgerissen und sich um den Leib gebunden. — 1891. g sehr zurückgegangen, kann keinen Satz richtig vollenden. Merkwürdige ildungen. Ganz verworren, scheint unangenehme Halluzinationen zu . Es fehlen ihm verschiedene Organe, so Magen, Lungen usw. — 1892. Verworrenheit und Gefühlstäuschungen. Aus ihm sprechen Leute, durch inkt die Welt. Legt sich unter den Tisch, bedeckt sich mit dem Rock, angenehmen Eindrücken zu entgehen. Sehr salopp, weint oft plötzlich. Unsauber, verworren, immer konfuser. Am 18. August nach Hubertus-1894. Oft wie traumverloren, dämmerig. — 30. April. Riecht oft äkalien, ißt Kot. Balgerei, Drängerei, oft in der Zelle. Läuft wie ein nach. — 1895, 30. Mai. Stürzte auf einen Kranken zu und würgte ihn . was früher angeblich schon einmal geschehen war. Ohren mit Gras ft. Hat Frau und Kinder im Hofe gesehen. Zieht mit am Wagen. ersuch. 3. September. Schöngeschriebener Brief an die Frau: „Er-iber dein lieben Brief. 48 Jahr bin ich Ludwig am 31. August alt ge-. Glückwünsche ja — die ich allerdings empfange: Nur heiraten wir nun doch nicht mehr zusammen und als Bemme na! — will noch nicht gehen. Wolle mich wieder zu sehen bekommen? Elise, st mit Franz kommen, in Gotha sind noch einige Pfennige. Also eine hr, mein Leben. Hier mein Glückwunsch. Grüßt bestens Ludwig K. t ein andrer Raum! nämlich da ist nichts idyllisch. Ludwig und es ch schöne Aussicht." — 1896. Sehr gemein, sprach von Schwanz usw. uar. Das Bett genäßt. 15. Februar. Vergreift sich an dem Pfleger. ber schon. 21. Februar: „Halten Sie mich für gesund? Ich halte r gesund, meine Schwäche ist aber unreif, daß ich es nicht enträtseln Der Arsch ist nicht offen . . ., der Schwanz baumelt umher . ." Zeigt

Digitized by Google

den penis, den „Schwanz oder wie Sie das Ding nennen". — 9. April. Macht sich mit Vorliebe an Jugendliche und schließt sie fest von hinten in seine Arme. 1897. Wird oft zärtlich, besonders gegen Junge, oder leicht wütend. 17. Oktober. Nach dem Gartengang ergriff er den Nachtkübel und schüttete ihn über Mitkranke aus. — 1898, Juli. Wiederholt nachts ins Bett gepißt, ebenso 1899. — 1900, 17. Januar. (Was haben Sie heute getan?) „Aten geholt und gelebt." — 12. Februar. Plötzlich Einen unsanft gegen das Fenster gedrückt, wie schon öfter. Verdächtiger Umgang mit einem Idioten. 10. Oktober. Abends sehr heftiger epileptischer Anfall (der erste), schlug um sich. Vor drei Tagen soll er dies am Tage getan haben, früher nie. — 1901, 8. Februar. Am Tage vier epileptische Anfälle. Eingebettet. Bei den einen Anfall schlug er schwer mit dem Kopf auf. März. Bändelt nur mit jungen Verblödeten an, wahrscheinlich um zu onanieren. 2. April. Ein Anfall. 9. April. Das Bett genäßt. Im Juli und Oktober je ein Anfall, im Dezember an einem Tage zwei. Im ganzen zehn Anfälle im Jahre 1901. Öfters erregt, schwatzend, manchmal arbeitend. 19. Dezember. Zog den penis vor den andern und besah ihn. 29. Dezember. Besuch der Nichte. Sexuell erregt, sagte, er wolle mit ihr ins Bett gehen. — 1902. Im ganzen vier Anfälle (Februar, März, Juni, Juli). — 14. Januar. Sprach von den drei „Lebenspunkten": „der Vormund (wies hierbei mit der Hand auf den penis), der Hintermund und der große Mund vorn." — 1. Februar. Gestern halb benommen, nicht gegessen, schweigsam. (Aura?); nachts früh ein epileptischer Anfall, heute gesprächig. — 1903. Sieben epileptische Anfälle (Januar, Februar, März, Mai, August). Bis auf einen mittleren, alle heftig. — 21. November. Murmelt vor sich immer her: „Ich sitze auf dem Stuhl zur Gesundheit. Ich habe seit dem 1. April 1887 nicht wieder geliebt!" — 4. Dezember. Greift einem ganz Dementen an die Genitalien und spielt damit. — 1904. Sechs Anfälle, davon ein leichter (Januar, März, Mai, Juli, November). Januar. Umarmt Idioten, greift ihnen an die Genitalien. Schwatzt Sinnloses. — 16. Juni. Dämmerig, manisch erregt, hob Türen, Fenster aus, tanzt mit andern usw. Schmiert zeitweis, schlägt bisweilen zu. Küßte einen Kleinen wiederholt. 1905. Bis März ein Anfall. Küßt weiter. Hatte Besuch von seiner Nichte, zotete, zeigte ihr den penis und wollte sich an ihr vergreifen. Am 22. Januar nach dem nächtlichen Krampfanfalle tagsüber sehr matt und dann gereizt. 12. Februar. Sang: „Putt, putt, putt mein Hühnchen, putt, putt, putt mein Hahn, ich möchte gerne wissen, wer Eier legen kann." 20. Februar. Wirft sich auf den Boden und strampelt mit den Beinen.

Auch hier handelt es sich, glaube ich, um eine dementia praecox paranoides, aber im reiferen Alter. Ein Verfolgungs- und Größenwahn soll zwar anfangs eingesetzt haben, derselbe zerfiel aber sehr bald, es trat Inkohärenz der Vorstellungen auf und Kritiklosigkeit, Abschwächung der Psyche, bei völligem Verschwinden aller ethischen Gefühle, während das Gedächtnis noch relativ gut erhalten

Digitized by Google

eb. Hin und wieder gibt der Kranke hübsche Antworten, trotz-
n er sonst ganz verworren ist. Gerade diese Diskrepanz zwi-
ien der intellektuellen und ethischen Sphäre ist ja gerade für
dementia praecox so charakteristisch. Von einem eigentlichen
falle der Persönlichkeit ist nicht die Rede, und die meist
age tretende Verworrenheit verdeckt nur den Kern der
son. Das hat neuerdings *Toulouse*[1]) sehr schön experimentell
hgewiesen. Und das gilt von vielen Dementen, auch außer-
b der dementia praecox-Gruppe überhaupt. Man hüte sich
o, vorzeitig von „Zerfall der Persönlichkeit“ oder
ödsinn zu reden! Man wird namentlich erstaunt sein, wie
Rechnen oft noch recht leidlich erhalten ist, auch das Ge-
htnis. In sehr vielen Fällen handelt es sich in der
t nur um geringe Abschwächung der Intelligenz. Nach
Jahren tritt bei unserem Kranken der erste epileptische An-
auf, und bereits sind 26 Anfälle, des öfteren gehäuft, notiert
rden, bisweilen mit einer Aura, und fast stets nach denselben
igkeit oder Erregtheit. Aber schon vier Jahre früher hat er
mal das Bett genäßt, später noch öfter, was doch sehr den
druck eines (unbemerkten) eventuell rudimentären Anfalls
cht. Ein anderes Moment interessiert uns aber hier besonders.
ederholt erwähnt Patient, allerdings ganz affektlos, daß seine
u treulos gewesen sei, und schon am Beginn seines Leidens
gt sich gesteigerte libido und Eifersucht, vielleicht nur eine
pertrophie natürlicher Verhältnisse bei ihm. Ich betone hier
ziell zunächst, daß also die Eifersucht — und zwar auch
g andauernde — bei einem Nicht-Trinker eintritt, weil viele
se Eigenschaft als eine an sich schon für den Potator spezi-
he hinstellen, was sie nicht ist, wenn sie dort auch häufiger
sonst gefunden wird. Diese gesteigerte libido macht sich
nerhin auch geltend, aber nach homosexueller Richtung hin.
tient masturbiert sich und andere, küßt gern, besonders junge
mente und Idioten, greift ihnen an die Genitalien, spielt daran,
rd jedoch nie bei der Pädikation betroffen. Ob er früher, in

[1]) *Toulouse*, La démence est-elle une démence? Revue de Psych. etc. 5. pag. 15 u. 71, speziell 87.

Digitized

gesunden Tagen also, bisexuell fühlte und sich betätigte, ist nicht bekannt, aber wenig wahrscheinlich. Jetzt ist dies jedoch sehr deutlich. Bei weiblichem Besuche regt er sich sexuell auf, und einmal hat er sogar vor seiner Nichte exhibitioniert und ihr an die Geschlechtsteile greifen wollen! Es ist also möglich, ja wahrscheinlich, daß sich die Bisexualität hier erst im Verlaufe der Krankheit ausbildete, wie ich das in mehreren Fällen sah,[1]) immerhin selten genug. Es scheint, als ob durch die chronische Krankheit — bei akuter ist dies noch viel seltener der Fall — die Hirnveränderung eine solche wird, daß die homosexuelle Komponente der angeborenen und wahrscheinlich in Jedem latenten bisexuellen Anlage des Menschen bez. der libido erwacht, vor allem, weil die normal erworbenen Hemmungen geschwunden oder nur noch ungenügend sind und der normale Coitus unmöglich gemacht ist. Dann wird die libido meist, wie ich nachwies, durch mutuelle Onanie oder beischlafsähnliche Handlungen, sehr selten aber durch Päderastie befriedigt. Die erste Stufe hierbei ist wohl immer die singuläre Masturbation, die immerhin bei Geisteskranken seltener ist, als viele annehmen, wenn sie unter Erwachsenen vielleicht auch häufiger geschieht, als draußen, gleichfalls vor allem, weil der weibliche Umgang fehlt. Daß aber hier, wie bei der mutuellen Onanie auch die Nachahmung eine Rolle spielt, ist sicher, doch dürfte ohne besondere Prädisposition wohl kaum je durch das gegenseitige Manöver oder gar durch Päderastie Befriedigung zu erzielen sein. Früher habe ich nun mit anderen die gegenseitige Onanie usw. als „Pseudohomosexualität" bezeichnet.[2]) Ich sehe aber jetzt immer mehr ein, daß sie Betätigung eines echten homosexuellen Gefühls ist, weil der Betreffende dabei Orgasmus emp

[1]) *Näcke*, Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt. Psych. u. Neurol. Bladen 1899 Nr. 2. Und Wiener klin. Wochenschr. 1899 Nr. 27—30. Ferner *Näcke*, Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlicher Verirrung. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen usw. 5. Jahrg. 1903.

[2]) Siehe auch *Näcke*, Probleme auf dem Gebiete der Homosexualität. Diese Zeitschr., Bd. 59 und *Näcke*, Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin. Mit Bemerkungen über Homosexualität. Archiv für Kriminalanthropol. usw. 1904, Bd. 15.

Digitized by Google

let und seine libido durchaus befriedigt, wie sonst normaler-
se. Der Begriff „Pseudohomosexualität" muß also,
ine ich, fallen, und man kann nur von sehr frühzeiti-
, quasi angeborener Homosexualität (die früher be-
iebene „echte Homosexualität") und einer erst später auf-
enden reden, ganz gleichgültig, ob es sich hierbei um ein-
ige oder wiederholte homosexuelle Handlungen irgendwelcher
handelt, ferner um nur solche allein oder auch um normale
zwar gleichzeitig oder abwechselnd (also bisexuelle). Alles,
die libido irgendwie befriedigt, mit oder ohne Orgas-
, mit oder ohne Samenerguß, ist als echter sexueller Akt
zustellen. Also auch schon der libidinöse Kuß, die sog.
ige Onanie, der sexuelle Traum, das Behagen der „voyeurs",
sse Fälle von Exhibitionismus. Die homosexuelle Hand-
, wenn sie Befriedigung gewährt, ist also ein echt
ieller Akt.

6. Fall. Frl. W., geb. 1828. Das bezirksärztliche Gutachten vom
li 1854 sagt folgendes aus: Patientin, 25½ Jahr, leidet an „Erotomanie".
Spur der Psychose Anfang März 1846; sie war sehr verstimmt, traurig,
ig, arbeitete wenig, ging fast nicht aus dem Bett. Als die Aufregung und
rungssucht mäßiger wurden, sprach sie gar nicht mehr, sondern schrieb
ie Antworten auf. Am 4. Juli 1846 traten Unterleibskrämpfe auf, sowie
Tage später einmal Bewußtlosigkeit, Lachkrampf, Incontin. urinae und
mmenschlagen der Beine. Januar bis April 1847 Zustand sehr wechselnd,
wie normal, war sehr tätig, machte Besuche. Der ganze Anfall hatte
13½ Monat gedauert. Nach dreijähriger körperlicher und geistiger
dheit begann der zweite Anfall nach heftigem Schreck, Erkältung und
über den Tod des Bruders und dauerte vom 12. März bis 28. Juli 1850,
n gleichen Symptomen wie früher. Nach 20monatiger Gesundheit trat
itte Anfall am 20. März 1852 auf und dauerte bis zum 23. Juli, nach
licher Anstrengung, Sorge um die kranke Schwester usw., mit den
Zeichen. Der vierte (und letzte) Anfall begann im Januar 1853 wie
: Urinlassen ins Bett, anhaltendes Lachen, Arbeitsscheu, verkehrte Reden,
rungssucht, Aggression, Schimpfen usw. Wollte den Bräutigam der
ster heiraten, zeigte sich liebesbedürftig. In der Jugend sind nie
ofe dagewesen und nur im 18. Jahre, bald nach Eintritt der Psychose,
he Anlage fehlt. Temperament sanguinisch, der Charakter heiter, war
fleißig, kinderlieb. Hauptursache der Krankheit: Unglückliche Liebe,
e erst seit dem 18. Jahre. Am 4. Oktober 1854 kam sie auf den Sonnen-
Hier wechselten Melancholie und Manie in immer kürzer werdenden
n miteinander ab, allmählich trat Verblödung ein. Der Direktor der

Digitized by Google

Anstalt bezeichnete ihre Krankheit als „periodisches Irrsein", das schließl in einen „Zustand des Wahnsinns" übergeht.

Am 6. Mai 1859 kam sie nach Hubertusburg. Die Krankennotizen b ginnen hier erst mit dem 17. Oktober 1888. Patientin wird als total ve blödet bezeichnet; es sei unmöglich, sie zu fixieren, öfters wäre sie aufgere Laute, ganz verworrene Selbstgespräche. Sitzt auch später den ganzen T da, sie fältelt Taschentücher, hält Selbstgespräche, nachts öfter unruhig, ga verworren, arbeitet nie, schimpft oft sehr gemein. So geht es fort, nur d sie später öfter erregt ist, brüllt, umhergeht, scheint niemanden zu kenne ignoriert wenigstens alle und hat nur für Essen und Trinken Sinn, schl auch öfters zu. Nie waren Krämpfe gesehen worden. Da fällt sie den 28. Se 1903 aus dem Bett (Krampf?) und zieht sich an der Stirn eine sehr star Brausche zu. — Den 15. November war sie im Bett unruhig. Die Wärter erwachte und sah, daß Patientin mit beiden Händen in der Luft herumfue telte und dann aus dem Bette fiel. Auf dem Boden hatte sie noch Zuckunge blaurotes Gesicht und Schaum vor dem Munde. Nach ca. einer halben Stun kam sie zu sich. — 9. Dezember nachts von ½12 bis 12 Uhr ein epile tischer Anfall. — 1904. 19. Februar: nachts zwei epileptische Anfälle. Heu nicht wohl, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen. — 26. April: vorige Nac zwei epileptische Anfälle vor Mitternacht und zwei nach Mitternacht. 11. Mai: vormittags ein epileptischer Anfall. — 30. Mai: nachts do. 30. Juni: zwei epileptische Anfälle nachts. — 1. Juli: nachts ein Anfa Heute früh etwas taumelig und sehr schläfrig, droht vom Stuhle herabz fallen, wird eingebettet und verunreinigt sich mit Kot. — 2. Juli: sehr schwac Temperatur 39,2; Puls 98, schwach und etwas unregelmäßig. Pneumoni woran sie am 4. Juli verschied. Autopsie: Pia kaum getrübt, etwas öd matös. Basalarterien stark klaffend, Windungen nicht. Mark ziemlich de mit reichlichen Blutpunkten. Im rechten Stirnteile eine etwa haselnußgro flache Stelle mit vermehrtem Blutgehalte und Blutpunkten. An den Nier ist die Kapsel nicht überall ohne Verlust abziehbar, Oberfläche leicht u eben, blutreich, Zeichnung teilweis verwaschen. Nierensubstanz mehrfach v gelblichen Herden durchsetzt.

Es liegt hier wohl eine periodische, resp. zyklische Psycho vor, in deren Verlauf anfangs hysterische Erscheinungen au treten, sogar einige Male hysterische Krämpfe. Auffallend i es, daß schon nach 10—12 Jahren Verblödung eintritt, w sonst kaum der Fall ist oder nur sehr selten. Man könn daher vielleicht auch an eine periodische, resp. zyklisch Form der dementia praecox denken, die freilich wo nur selten (z. B. von *Schüle*) beschrieben worden is (siehe später Fall 10). Auch die Beimengung hysterischer Zü könnte dafür sprechen, die bei jeder neuen Erkrankung wah

Digitized by Google

einlich wiederkehrten. 57 Jahre nach Eintritt des Leidens der erste epileptische Anfall ein, der früher anscheinend nie hen ward und nachdem schon auf dem Sonnenstein nichts r von hysterischen Krisen berichtet wird, welche mit dem wischtwerden des periodischen Typus offenbar verschwanden. n vor dem beobachteten ersten epileptischen Anfalle war ntin einige Wochen vorher einmal aus dem Bett gefallen, möglicherweise auf einen Krampf hindeutet, der gleiche Vor-, wie er später beobachtet ward. Wir hätten also früher rische Anfälle, denen viele Jahre später, nach Aufhören lben, echt epileptische folgten. Dies schon allein zeigt Verwandtschaft beider Arten von Krämpfen, wie schon oft rgehoben ward. Noch ein Punkt interessiert uns aber hier. ntin, eine Pastorstochter, wohl meist zu Hause gewesen, fiel r durch bodenlos gemeine und zotige Redensarten auf, wie ur eine Dirne kennt. Woher? Hier fällt einem die züch-Ophelia ein, mit ihren mehr als anzüglichen Liedern. Man ach sich lange den Kopf, wie sie solche Dinge am Hofe Vaters lernen konnte, und war geneigt, das als eine Neu-ng der ausbrechenden Psychose zu deuten. Sie hatte diese aber offenbar von Dienstboten usw. gehört, und sie waren e Tiefe des Bewußtseins versunken, bis die die Hemmung le Psychose sie wieder an das Tageslicht beförderte. Der e Vorgang ist sicher bei unserer Patientin gewesen, wie ja ziemlich oft feingebildete Kranke findet, die in der Erre-bodenlos gemein werden. Alle diese Beobachtungen lassen rmuten, daß wahrscheinlich ein einmal perzipierter seeindruck, eine Erinnerung, nie wirklich ganz ver-geht. Bei geeigneter Gelegenheit tritt sie aus dem Dun-ervor. Das ist freilich eine noch strittige psychologische . Unbegreiflich erscheint es freilich, wie im fortlaufenden echsel die „Gedächtnisspur", welche doch offenbar an ge-molekulare Verschiebungen des Protoplasmas irgendwie ge-n ist, — absichtlich sage ich nicht: in den Ganglienzellen lange erhalten bleibt, namentlich wie trotz des Stoffwechsels genau dieselben oder nahezu dieselben Verlagerungen der üle zustande kommen sollen.

Digitized by Google

7. Fall. Frau B., Bäckers Ehefrau, geb. 1842. Dürftige anamnestische Notizen. Kam am 30. Mai 1872 zum erstenmal nach Sonnenstein, mit starker Melancholie, die 5 Monate vorher eingesetzt hatte. Aber schon jahrelang vorher reizbar, mürrisch gewesen, machte verkehrte Handlungen. In der Anstalt zeigte sie ein zweckwidriges Benehmen, war ganz unzugänglich, total verwirrt, launenhaft, schimpfend, mit allen im Widerstreit, faul. Am 11. Sept. nahm sie ihr Ehemann heraus. Es ging mit ihr aber absolut nicht zu Haus und so kam sie den 3. Juni 1874 zum zweitenmale auf den Sonnenstein. Wie früher war sie geistesschwach, verworren, unleidlich, unzugänglich, faul und schimpfend. Versuchte man sie zu beruhigen, so ward sie noch erregter „das reine noli me tangere", heißt es in der Krankengeschichte. Am 27. Januar 1876 nach Hubertusburg gebracht. Leider fehlen hier bis 1890 alle Notizen. Nachher wird sie im ganzen geschildert wie früher. Schimpft, sobald sie nur den Arzt sieht, drängt fort, ist gesund, will wie eine „gnädige Frau" behandelt sein. Sitzt den ganzen Tag arbeitslos da, im Garten zeigt sie dem Arzte oft den nackten Hintern. 20. September: hat öfter Anfälle (seit wann?) gehabt. Nennt ihren Mann das B.-Luder. — 1891. Ruhiger, brüllt aber öfter und schimpft auf ihren Mann, hat erotische Ideen. Bisweilen liebenswürdig, strickt. Am 12. April nannte sie ihren Mann: „Mannes-Luder", Gott: „Gottesluder". — 28. Juli: „Lassen Sie mich hinaus, meinen vielen schönen Reichtum verzehren." „Sie wissen alles", antwortet sie fast auf alle Fragen. Anfälle traten wiederholt auf. Sie ward in der Anstalt auch als „epileptica" geführt und kam am 8. Dezember 1892 in die Epileptiker-Anstalt zu Hochweitzschen, ward aber sehr bald wegen lauten Wesens und Gewalttätigkeit nach Hubertusburg zurückgebracht. 1892 und 1893 wird hier nichts von Anfällen berichtet, die aber wohl bestanden haben. Seit 1893 in Colditz. 1894 werden die epileptischen Anfälle, meist nachts, als sehr selten bezeichnet. Bleibt stets für sich. „Ganz geistesschwach", verkennt ihre Kinder, spektakelt bei jeder Visite, ist faul. Den 13. Juli gegen ihre Gewohnheit plötzlich ruhig und freundlich (Aura?). Nachts wahrscheinlich einen Anfall gehabt. — 1895: vier Anfälle notiert, meist heftig und nachts. 1896: Zwölf Anfälle. Im Juni davon drei. Stets das alte Benehmen. Will fort. „Sie haben kein Recht mich festzuhalten, mußten mich schon vor acht Jahren entlassen, mich gute Frau . . . meine Schwester, das Naumann-Mensch, geht mich gar nichts an". Tagelang geht sie dem Arzte aus dem Weg, lächelt ihn beim Begegnen an, spricht aber nicht. Zeitweise sehr erregt. 1897: acht Anfälle und ein Schwindel (der erste, der notiert ist). Den 8. August nachts zwei heftige Anfälle. Klagte über Brustschmerzen, glaubt, sie müsse bald sterben, da sie die ganze Nacht gehustet habe und zwar Blut, wie so lange schon. 1898: 21 Anfälle. Am 23. Januar: Entweichungsversuch. Am 2. April laut, legte sich öfters nieder und schrie: „Ich bin tot!" — 1899: Neun Anfälle und drei Schwindel. 1900: 21 Anfälle und ein Schwindel. Am 19. Februar verlangt sie plötzlich, ihr Mann solle hierherkommen, er sei nicht gestorben. Am 13. April sehr gut gelaunt, lachte bei jedem Worte, d

Digitized by Google

sprach; dies immer der Fall, wenn kurz vorher ein Anfall da war. en Lautheit oft zu Bett. Bringt immer monoton ihren Reichtum vor. den 21 Anfällen 18 nachts. — 1901: 48 Anfälle und drei Schwindel. . Bringt jetzt immer ihren Entschluß vor, hier zu bleiben, will dann mehr Sachen haben. — 20. August: „Wenn ich auch zuweilen krank so habe ich doch meinen Verstand". Von den 48 Anfällen sind 35 am (leichter Art) und 13 nachts. Die häufigsten (25) im April, oft bis zu gehäuft. Sonst Anfälle ganz unregelmäßig. — 1902: 23 Anfälle und Schwindel, und zwar neun Anfälle nachts, 14 am Tage; die Schwindel 'age. Benehmen das alte; viele Konflikte. — 1903: 18 Anfälle und Schwindel, davon 15 Anfälle am Tage, drei nachts, 105 Schwindel tags einer nachts. Abweisend, eklig, kann nicht glauben, daß die sie benden Erwachsenen ihre Kinder seien, die sie doch klein gesehen habe. gt auch zu. Mehrmals Gruppen zu drei, sogar vier Schwindeln am — 1904: 67 Anfälle und 132 Schwindel, davon 59 Anfälle tags und nachts: 130 Schwindel tags und zwei nachts, oft gruppenweise. Vom nber bis Ende des Jahres fast nur Schwindel, auch zu 3, 4 und mehr ft.

Der Beginn der Krankheit ist ganz wie bei dementia praecox, mit initialer Melancholie. Jahrelang wird nichts von epichen Krämpfen erwähnt. Der Eintritt der letzteren läßt sich bestimmen. Sie wird als Epileptika behandelt. Die Krisen en dann sehr bald ab, bis sie allmählich wieder häufiger n und namentlich die Zahl der Schwindel, die früher nicht chtet wurden, zunimmt. Die Kranke ist meist verworren, änglich: und doch sehen wir in besseren Zeiten eine merkge Klarheit des Geistes hindurchbrechen, trotz langer Dauer rankheit und der vielen Anfälle. Auch sind die Gefühle e Familie nicht ganz geschwunden, da Pat. öfters den Mann gt. Man sieht also, wie man mit dem Ausdrucke wachsinn" nicht zu freigebig sein darf! Derselbe ewiß vorhanden, doch in Wirklichkeit sicher nicht so groß. ümlich ist es, daß Pat. im Jahre 1900 stets kurz nach Anfalle sehr gut gelaunt war, bei jedem Worte, das sie , lachte. Ob dies noch später der Fall war, ist nicht tet. Die Kranke schien also nach dem Anfalle sich ert zu fühlen, daher die Euphorie. Ob die beobachtete ttätigkeit und Reizbarkeit etwa auf die Ausbildung eines ptischen Charakters" zu beziehen ist, läßt sich schwer Doch zeigt Pat. diese Eigenschaften schon, als die Anfälle

Digitized by Google

zuerst notiert sind: sie hängen damit also wahrscheinlich nic zusammen.

8. Fall. B., Hausbesitzerin, ledig, geb. 1838. Ohne Erblichkeit, v mögend, herrisch. Schon zu Lebzeiten der Mutter (starb etwa 1885) soll einmal „einen Rappel" gehabt haben. Seit der Mutter Tod ward sie imm sonderbarer, ging fast nie aus. Haßt und beschimpft des Bruders Fam ohne Grund. Nur einen Restaurateur in der Nähe ruft sie oft zu sich here ist freundlich zu ihm und wollte ihm Haus und Geld schenken. Doch a zeitweis auf ihn bös. Erbrach deshalb einmal einen ihm gehörenden St schlug dort die Kaninchen tot und zerschlug Fenster und Gerät. Ein an Mal brannte sie ihm den Schweinestall an. Antworten ausweichend, blö Am 12. November 1888 nach Hubertusburg. Hier meist ruhig, zuweilen r erregt, zerreißt, drängt fort, spricht für sich, sitzt meist stumpf da, untat Manchmal plötzlich erregt, zerschlägt dann Sachen, zerschlug einmal m Fensterscheiben. Total verblödet. Zerreißt auch. Am 17. September 1 nach Colditz versetzt. Hier am 4. Februar der erste epileptische Anf also zehn Jahre etwa nach Aufnahme in eine Anstalt. 1898. Neun Anfä vier am Tage, fünf nachts, meist heftig. Die nächsten Jahre nichts v Krämpfen notiert. Das Benehmen sonst das alte. Zerreißt viel, ist wid spenstig, bisweilen plötzlich erregt, abweisend. Allmählich doch ruhig Tief verblödet. 1904 den 12. September früh $8^{3}/_{4}$ ein Anfall: starb k danach und wie sich zeigte, an ruptura cordis. Dura war mit Calva v wachsen. Pia getrübt, verdickt, lößt sich in Fetzen von der Hirnrinde (Sektion $2^{3}/_{4}$ Std. p. m.!). Art. foss. Sylvii verdickt, Seitenventrikel vorn etw erweitert, Mark teigig. Hirngewicht 1250,0. Gestieltes Fibromyoma ut (daher einmal Uterinblutung). Gallenblase zu einem Strange entartet.

Bei der ungenügenden Anamnese ist eine sichere Diagn schwierig. In Hubertusburg wurde „halluzinatorische Verwirrthei angenommen. Erst mit 50 Jahren kommt Pat. in die Irre anstalt, nachdem sie offenbar schon viele Jahre vorher geis nicht normal gewesen war, und schon früher einmal ein „Rappel" gehabt haben soll. Beim Eintritt in die Anstalt ist schon blöde. Man wird vielleicht nicht fehlgehen, hier e Dementia praecox zu sehen. Erst zehn Jahre nach Eintritt in Anstaltsbehandlung zeigt sich der erste epileptische Anfall, de im nächsten Jahre neun weitere folgen. Dann pausieren sie fü Jahre, und im nächsten Jahre erfolgt ein weiterer, der letz dem Pat. erliegt, und zwar infolge von ruptura cordis, was ein überaus seltenes Ereignis ist.

9. Fall. Sch., Fabrikarbeiterin, 1860 geboren. Ledig. Erblich unbelas mittelmäßig beanlagt. 1880 syphilitisch infiziert. Anfang 1883 Melancho

Digitized by Google

taedium vitae. Am 2. Aug. 1883 nach Sonnenstein und von hier schon 12. September als „blödsinnig mit tobsüchtiger Erregung" nach Hubertus- versetzt. Zeigt sich unzugänglich, hat Gehörstäuschungen, Wahnideen, hr gewalttätig, salopp, verworren, macht fast nichts. Geht geistig immer zurück. Den 1. April 1888 notiert: In der letzten Zeit krampfähnliche lle. Am 23. Januar 1890 ein epileptischer Anfall. Seitdem monatlich fünf Anfälle. 1891. Ruhig, arbeitet im Hause, antwortet meist nicht. Anfälle nachts. Stundenlang danach verworren, reizbar, stößt, schlägt. 1892. anuar. Sorgt viel für eine kleine Idiotin. 30. März. Verlangt ihre Sachen, mit zum Begräbnisse zu gehen, denn im Hause wäre ein kleiner Junge rben. Zur Zeit der Periode und nach Anfällen sehr erregt. Krisen jetzt meist nachts. Zur Zeit der Unruhe ärgerlich, daß sie ein Kind von Schreiber habe. Die Anfälle werden in den nächsten Jahren immer er. Öfter durch Sinnestäuschungen Erregungen, dann Prügeleien usw. wird zum ersten Male ein Schwindel notiert. Den 5. August erzählt ie höre allerlei, besonders mit dem linken Ohre, unter anderem hört sie Bandwurm, er spreche wie ein Sumpffisch. 14. November. Klagt, sie den Bandwurm. In den nächsten Jahren oft explosiv und schimpfend, ft mit den Füßen usw. Sonst ruhig, arbeitsam. 1899: Ein Schwindel am 14. Juli angeblich ein psychisches Äquivalent. 1903. Näßt nachts nd eines Schwindels das Bett. — 1. Juli hatte nach $1\frac{1}{2}$jähriger Pause von der Oberpflegerin selbst beobachteten heftigen epileptischen Anfall. Kranke weiß anscheinend nichts davon. 1904. Den 30. Juni nachts ein l. Vorgeschrittene Verblödung.

Hier liegt ein Fall von Dementia praecox mit initialer Melan- ie und schnell einbrechender Verblödung vor. Krampfähnliche lle setzen fünf Jahre nach Beginn des Leidens ein, die erst Zahl stark anschwellen, um ebenso schnell ganz selten zu len. Schwindel treten erst zu allerletzt auf.

0. Fall. St., Kaufmannstochter. 1864 geboren. In Hubertusburg seit ni 1890. Ein Bruder soll an Paralyse gestorben sein. Mittelbefähigt. nen fiel ihr schwer. Stets unzufrieden, mürrisch, verschlossen. Im ahre Typhus. Menses stets unregelmäßig, oft wochenlang fehlend. Seit $2\frac{1}{2}$ Jahren allmählich Erregungszustände, die sich während der Periode steigerten. Bildet sich ein, von ihren Verwandten übervorteilt und aus Zimmer geworfen zu werden. Dabei sehr grob schimpfend. Jedermann sie für einen reichen Freier. Kürzere oder längere Arten von Intervallen. August bis Dezember 1884 in einer Privatanstalt. Aufregungen wurden g, daß sie März 1887 nach Sonnenstein kam. Hier heißt es, daß die egung zu Beginn ihres Leidens erst nur zur Zeit der Periode eintrat. Sie e sich auf Sonnenstein ruhig, aber stumpf, urteilslos, ohne Arbeitstrieb. blödete immer mehr, zeigte Beeinträchtigungswahn und Gehörtäuschungen. bte sich von den Angehörigen verfolgt, beschimpft und in ihrer geschlecht-

Digitized by Google

lichen Ehre beleidigt. Deshalb Reaktion. Unsauber. Kam dann nach Hubertu burg. Hier meist teilnahmslos, zeitweis erregt, beschmierte dann die Wän zog die Decken von den Betten usw. Untätig, widerspenstig. 1893 na Colditz versetzt, dann im selben Jahre nach Zschadraß. 1894 wieder na Colditz. Status idem. Unsauber, arbeitet fast nicht, zankt viel, macht v kehrte Handlungen, lacht, weint, schlägt zu, läuft viel herum, schwa kümmert sich nicht um die Ihren. Halluzinationen. 1897 hielt sie einm eine Mitkranke für ihr Kind. Am 13. August sehr erregt, verkannte ei Kranke, meinte, diese hätte als Staatsminister die Wirtschaft nicht gut v sorgt, zerriß die Schürze, schlug sie ihr ins Gesicht. 1900 nimmt Erregth ab. Kann die einfachsten Fragen nicht beantworten. 1901 nimmt die Re barkeit wieder zu. 1902. Hat für Fragen nur Achselzucken und ein blöd verlegenes Lächeln. Nähstube. 26. Dezember. Schnarchte gestern Abend s laut. Als die Wärterin nachsah, fand sie Pat. auf dem Gesicht liegen Schaum vor dem Munde, ganz bleich und Zuckungen in Armen und Beine Nach Angaben einer zuverlässigen Kranken hat sie übrigens „vor einig Zeit" nachts zweimal je einen epileptischen Anfall gehabt. (Die betr. Kran schläft neben der St.) 1903. Stumpf, lächelt, gelegentlich reizbar, zup Charpie. Keine Krämpfe. 1904. Ab und zu Konflikte, sonst stumpf. Kei Anfälle gehabt.

Anfangs schien es eine mehr periodische Psychose zu se (menstruelle), während anderwärts von einer allmählich si steigernden und nur zur Zeit der Periode exazerbierenden Erregu die Rede ist. Die Verblödung tritt bald ein, aber Halluzinatione besonders eine Art von Verfolgungswahn machen sich bemerklic Es handelt sich also wohl um eine dementia praecox paranoid Sollte wirklich die Erregung anfangs nur periodisch gewesen sein. könnte man auch an eine periodische Form der dementia praec glauben, wie ich sie mit *Schüle* für möglich halte (siehe Fall Erst nach einer Dauer von etwa 18 Jahren traten gleich d epileptische Anfälle kurz hintereinander (wenigstens wahrscheinlic ein. Seitdem nicht mehr.

11. Fall. M., 1867 geb. Tischler-Ehefrau, drei Kinder. Ohne Erblichk Im letzten Wochenbett (Mai 1897) Puerperalmanie. Seitdem krank. Mit mäßig beanlagt. Erst im Krankenhause. Hier leicht erregt, sitzt immer ohne Antwort, zieht schwer Kleider an, will keine Nahrung nehmen; abgerissene Worte. Stets für sich. Unreinlich. Der Mann nimmt sie hera Es geht nicht. Er bringt sie zum zweiten Male ins Krankenhaus. 11. Februar 1898 nach Zschadraß und den 27. Mai 1902 nach Hubertusbu Kräftige Person. Zunge zittert, Patellarreflexe schwer auslösbar. Brei Gesicht, niedrige Stirn. Organe gesund. Klares Bewußtsein, gut orient gutes Gedächtnis. Antwortet kurz, nach längerem Besinnen. Stimmung zie

Digitized by Google

gleichmäßig. Trotzdem sie ihr Geburtsjahr genau kennt, gibt sie ihr er stets auf 6 Jahre an! Beim Vorlegen eines Buches verlangt sie ein htiges Buch". Will sich nicht untersuchen lassen, das wäre Schweinerei. 20. Februar. Sie heiße nicht M., habe keinen Mann. 2. März. Wiegt Kopfkissen, wie ein Wickelkind auf dem Arme, sagt, sie hätte darin einen nen Jungen. 18. März. Aus einem Briefe: „Ich bitte herzlich um mein d. um meinen kleinen Sohn, welcher mir schnöde losgerissen ward .... nen Sohn muß ich haben, er ist mir gestohlen worden .... Frau Haase h., ein falsches Weib oder Mädchen, ich weiß es nicht, hat sich seiner ächtigt ... Ich bitte um Freiheit und um mein Kind, um weiter nichts, mir mein Gatte so schändlich losgerissen wurde vom Kinde ..." Spricht von ihrem Kind und bezieht Reden darauf. 6. Mai. Verfolgungsideen. habe sie in Erdlöcher gesteckt und ihr Kind vergiftet. Mürrisch, weint t. wenn sie erzählt. Spricht bisweilen für sich. Lacht auch und weint beinander. Spielereien, macht nichts. Als der Mann mit dem Kinde al kam, wollte sie letzteres behalten. Gegen Ende des Jahres verkehrte orten, singt, tanzt usw., zankt sich mit anderen, will einmal den Arzt agen, weil er eine Lokomotive entzwei gemacht habe, ein anderes Mal t sie, sie wäre fünf Treppen hoch heruntergeworfen worden und könne lb nicht arbeiten. Sehr reizbar, unzugänglich, brüllt oft. 1899. Seit m ruhiger, nennt ihren Mann einen Brieffälscher, die Briefe sind gefälscht. Seit längerer Zeit untätig. Singt bisweilen stundenlang dieselbe Weise. se Ideen, aber räumlich orientiert, Gedächtnis leidlich. Weiß, daß sie ft erregt war, schiebt es auf die Krankheit, sie sei gemütskrank gewesen, iertel blind und daran sei ein toller Hund schuld. Dieser habe ihr gebissen, sie habe die Wunde ausgesogen und dann „die Tollwut von Kinde geerbt". Ihr Gehirn sei geschwächt. Spricht von einem blonden chwarzen Kinde, Zwillinge, welche ihr vertauscht wurden. Sehnt sich Mann und Kind. Juli. Sie habe den Krieg 1870 mitgemacht, Kanonen- hätten sie getroffen. Ganz verworrene Briefe. Arbeitet zuletzt. 1900. regt. Erzählt im Mai, sie habe ihr Kind zum Fenster hinausgeworfen, n nachgesprungen, wäre ganz stupid gewesen. Im Juli lacht sie längere ortwährend. Im August schreibt sie ihrem Mann: „Ich bin im 12. Jahre züchtigt worden ... ich bin im 18. Lebensjahre noch vergiftet worden ... ar als Feldwebel angestellt im Alter von 2 Jahren." 1901. Fleißig, lich, sauber, immer reizbar, goß den Kochtopf einer Pflegerin auf den pißte einmal ins Zimmer. 1902. Erregt, brutal, beklagt sich über Miß- ng. Sie werde hier so mißhandelt, daß ihr mit dem Stuhlgang ein hlagener Knochen abgegangen sei. Dann wieder freundlich, fleißig. chselt immer fortwährend. Viel Halluzinationen, hört ihr Kind schreien. r mit ihren Wahnideen beschäftigt. Erzählt phantastische Geschichten, hr wäre von mehreren feinen Herren, Engeln, das Herz mit einem herausgeblasen worden. Seit dem 27. Mai in Hubertusburg. 1903. Einige or Eintritt der Menses immer erregt, abweisend, erotisch. 1904. Mehr

Digitized by Google

klar, ruhig und freundlich als früher, noch aber zur Zeit der Periode leicht erregt und verworren. Orientiert, antwortet aber langsamer, umgeht direkte Antworten, teilweis Krankheitseinsicht. Immer noch Wahnideen. Ihr Mann sei auf der Sparkasse eingesperrt und habe sich vor Hunger schon die Hand abgebissen, es wäre Gift im Essen. Schlägt selten. 1905. Erregter wieder. Sehr böse, als sie hörte, der Mann wolle sich scheiden lassen. Zum Arzt: „Sie sind nichts weiter als ein Kuppler. Ihnen haue ich den Schädel ein. Ich sitze hier wohl als Ihre Jauchenmaschine?" 15. April. Heute am Tage fand eine vertrauenswürdige Wärterin Pat. im Abort auf dem Boden liegend. Beine und Arme krampfhaft gebeugt, die Daumen eingeschlagen, das Gesicht bläulich, viel Schaum vor dem Munde. Die Wärterin hob sie auf und nahm sie unter den Arm, da sie das rechte Bein etwas schleppte, auch die Sprache stockte anfangs etwas und es lief viel Speichel ab. Aura hatte scheinbar gefehlt. Nach dem Anfalle klar. Am 18. April außer Bett, weil ihr im Bett so viele schwarze Gestalten erschienen. Am 26. April leidlich klar, gab sie an, sie habe in der Jugend schon Krämpfe gehabt, wovon in der Anamnese aber nichts bekannt ist.

An eine Puerperalmanie, jedenfalls in Form der akuten Verwirrtheit, schließt sich keine Heilung an, sondern nach einer größeren Aufklärung des Geistes tritt leichte Demenz mit allerlei mehr minder fixiertem Wahne ein. Früher hätte man den Zustand als sekundäre Demenz oder als Paranoia bezeichnet. Es fragt sich aber, ob hier nicht vielmehr eine durch das Puerperium ausgelöste dementia praecox paranoides vorliegt. Der acht Jahre nach Beginn des Leidens beobachtete Krampfanfall ist wohl als epileptischer zu bezeichnen, und nicht als leicht paralytischer, womit das jugendliche Alter (38 Jahr) wenig harmoniert. Die begleitenden, leicht paralytischen Symptome sprechen nicht gegen Epilepsie.

12. Fall.[1]) Oll., jetzt 54 Jahre alt, ledig, bei der Post beschäftigt (garçon de bureau). Mittlere Bildung, ziemlich gute Intelligenz, sehr gut und ehrlich, las viel, oft Sachen, die er schlecht verstand. Keine erbliche Anlage. Mutter an einer „maladie de langueur" mit 48 Jahren angeblich gestorben. Will nach der Pubertät hysteriforme Krisen gehabt haben. Viele Varicen an den Beinen und sehr ausgesprochene. Wurde bloß nach der Krankheit Potator. Alter systematisierter Wahn, auf geistiger, angeborener und wahrscheinlich erblicher Debilität (débilité mentale) aufgepfropft. Der Kranke, seit 1889 in der Anstalt Villejuif behandelt, soll angeblich früher schon in einer andern gewesen sein. Er tritt ein mit mystischem Wahne (divagations) und Gesichts- und Gehörstäuschungen; hört Stimmen, die ihm anbefehlen, sich auf die

[1]) Kurzer, hier übersetzter Bericht, den mir Dr. *A. Marie* in Paris sandte

Digitized by Google

ssanten zu stürzen usw. Der frühere Anfall war angeblich durch De-
ssion und sogar Selbstmordideen ausgezeichnet. Aber seit 1889 ist er
erschwänglich und reizbar, immer mystischer Delirant, Größenwahnsinniger
égalomane ambitieux), und zwar immer deutlicher. Er spricht pathetisch,
d in den erregten Zeiten spricht er von der Präsidentschaft der Republik.
93 sieht er Gott. Man beschuldigt ihn, draußen Alkoholexzesse begangen
haben, in den Zwischenräumen von einer Internierung zur andern. Aber
n Wahn ist andauernd, ziemlich systematisch und fixiert, mit Ausnahme
Aufregungsparoxysmen. Aus einem Verfolgten und Deprimierten wird er
ner mehr ein triumphierender Größenwahnsinniger. Nachdem er einmal
lt gesehen hat, personifiziert er ihn fast (glaubt sich Sohn des Vaters, der
Himmel ist). Dieser Kranke hat eine typische Haltung des bärtigen und
rzeugten Christen. Unerwartete epileptische Krämpfe hatte er bei seiner
rnierung im Jahre 1900; diese Krisen erschienen zwölf Jahre nach dem
tritt der Psychose. Seltene Krisen, die sich seitdem wiederholt haben, etwa
lich einmal. Sie erscheinen nachts, sind mittelstark, ohne Aura und dar-
h ist Patient während der nächsten fünf bis sechs Stunden apathisch und
nolent. Schwindel fehlten. *Marie* fügt noch bei: „Les rêves et visions
turnes sembleraient des équivalents de crises." Bis 1902 ist er zwölfmal
Villejuif gewesen. Interessant sind die ärztlichen kurzen Gutachten aus
Depôt bei der Einlieferung. So bei der zweiten: „C. Médical du
Okt. 1889. Débilité mentale et divagations mystiques, Gesichtshalluzi-
onen, Angriffe auf Personen, verworrener Verfolgungswahn, Schlaflosigkeit,
r Selbstmordversuch, im Augenblick arretiert, wo er sich ohne Motiv auf
n Vorübergehenden stürzt, um ihn zu erwürgen. Dr. *Legras*." — Bei der
ten Einlieferung: „C. Médical du 18 Février 1904.[1]) Maniakalische Erregung,
reis durch Alkoholexzesse bedingt, Größenwahn, pathetische Rede über
Vater Adam, der die Stelle Carnots einnehmen soll. Auffälliges Be-
nen auf der Straße, wo er sich auf Vorübergehende stürzte, um sie zu
agen. Zittern, Schlaflosigkeit. Schon behandelt. Dr. *P. Garnier*. — Bei
fünften Einlieferung: „C. Médical du 23 Avril 1893. Maniakalische Er-
ng alkoholischen Ursprungs, tiefe Störung in den Ideen und Handlungen.
mmenhanglose Reden, Schwatzhaftigkeit. Er hat heut früh den lieben
gesehen . . . Er habe geschwollene Beine (cuisses énormes) wegen des
monds . . ." Dr. *Garnier*. — Bei der achten Einlieferung: „C. Médical
8. Avril 1896. Maniakalische Erregung. Störung (désordre) in Ideen
Handlungen. Fortwährendes Lachen. Irrereden. Exzentrizitäten . . . ."
P. Garnier. — Bei der neunten Einlieferung: „C. Médical 11. Avril 1900
akuter Alkoholismus mit polymorphem Delirium. Mischung von Größen-
Verfolgungsideen. „Gott erscheint ihm, aber Juden erscheinen zu 20
30 und wollen ihn töten . . ." Dr. *P. Garnier*. — Zehnte Einlieferung:
Medical 10. Sept. 1901. Dégénérescence mentale. Alkoholexzesse.

[1]) Sicher verschrieben.

Digitized by Google

Surexcitation mentale. Konfuse Verfolgungsideen. Mystische Ideen. Schlaflosigkeit, Alpdrücken. Dr. *Rueff.* — Elfte Einlieferung: „C. Médical du 28. Mai 1902. Alkoholisches Delirium und Halluzinationen, spezifische Erregung mit profusen Schweißen, Suchen nach Tieren. Zittern. Fieber . . ." Dr. *Garnier.* — Zwölfte Einlieferung: „C. Medical 27. Nov. 1902. Dégénérescence mentale mit akuten alkoholischen Zufällen. Irrereden, mystische Ideen. Gesichtstäuschungen. Ohne Krankheitseinsicht. Händezittern. Verirrt auf der Straße gefunden, sagte, daß er den Weg verloren habe, da „Paris sich umgewendet habe" (Paris ayant été tourné), daß er in das Viertel gekommen sei, um seinen Bruder zu suchen, der von seinem Vater, der im Himmel ist, gesandt wurde. War oben auf dem Gitter des alten Hospitals von Trousseau . . ." Dr. *Legras.*

Mag auch, wie A. *Marie* ausdrücklich betont, das Trinken erst nach Eintritt der Psychose begonnen haben, so hat der Alkohol jedenfalls großen Anteil an den Krankheitssymptomen, und aus den Einlieferungsgutachten ersieht man, daß es sich wiederholt (sehr wahrscheinlich wenigstens) um Delirium tremens handelte. Möglich aber auch, daß eine periodische Psychose mit Dipsomanie vorlag. Die ersten epileptischen Anfälle, und zwar mehrfach, erscheinen zwölf Jahre nach Beginn des Irrsinns im Jahre 1900; von da ab jährlich nur etwa einer. Sind diese nur als Ausfluß von Alkoholepilepsie anzusehen, oder mehr durch die Grundpsychose bedingt? Ich wage nicht zu entscheiden, da die Notizen mir dazu ungenügend zu sein scheinen.

13. Fall. R., 1881 geboren, Handlungsgehilfe, ledig. Mutter angeblich immer etwas schwermütig und leicht vergeßlich. Patient angeblich sehr gut beanlagt, sanft, sehr solid, zuletzt in einem Bankgeschäft. Nach Angabe der Mutter englische Krankheit gehabt und lernte im zweiten Jahre gehen; er soll mit 15 Jahren zeitweise Ohnmachtsanfälle gehabt haben, doch ohne Zuckungen. Ohne Ursache gegen Weihnachten 1899 mißgestimmt, fühlte sich gekränkt. Februar 1900 sehr erregt, schrie, hatte Verfolgungsideen, wurde steif und bekam Schaum vor dem Munde. Abwechselnd Schwermut und Heiterkeit. Vom 18. April bis 6. Juni 1900 in der Leipziger Nervenklinik, aber vom Vater abgeholt, weil er angeblich immer schwermütiger wurde. Hört Stimmen, meinte, er werde unglücklich, wenn er manche Speisen zu sich nehme. Frug oft erregt, warum stets in ihm gedacht und gesprochen werde. Einmal lief er fort, um sich das Leben zu nehmen. Einige Wochen in Privatanstalt. Hier mißtrauisch, zweifelte, ob seine Eltern die wahren wären. Klagte, er müsse die Qualen des Heilands durchmachen, er sei nichts, habe keinen Verstand, müsse Mutter und Schwester aus dem Feuer erretten. Immer mehr Gehörstäuschungen. Fortwährend werde in ihm gesprochen, er sei Mittel zum Zwecke, daß die Welt untergehe. In ihm sei der Weltuntergang.

Digitized by Google

ıphezeit worden. Den 25. Juli 1900 nach Hubertusburg. Drängend. Hat e „geärgerte Stimme". Den 30. Juli kleinen Brief geschrieben, doch ohne ınkheitseinsicht. — 10. August. Es wurde in ihm gedacht, die Welt ginge ch ihn unter, es sei ihm, als ob sich alles um ihn drehe, als ob alles ı um ihn handle. Sehr drängend. 1900. Sehr gut orientiert und gutes lächtnis, doch ohne Krankheitseinsicht. Er ist gesund, ist aber kein ıkender Mensch mehr. Von seinen Krankheitsepisoden will er nichts sen. Viele Gehörstäuschungen. Den 5. November. „Meine Schwester ist en, weil es mir gedacht wird; es läutet eben unten, sie will mich holen." Big jetzt. Fühlt sich nicht mehr als Mensch. Seit Anfang Dezember fast z stumm. 1901. Öfters mit Urin unrein. Seit Januar küßt er öfters n Idioten, oder hält ihn an der Hand. Spricht wenig. Zwischendurch z stumm und macht dann nichts. Neckt gern. 28. Februar. Saß auf m Kranken, der am Boden lag. März. Allerlei Faxen und Automatismen. t öfters Kranke mit auf den Abort, wahrscheinlich zur Onanie. In der ısten Zeit lacht viel, albern, aber fleißig, wird dick. 27. Juli. Hatte im hofe einen Schwindel. Macht lauter Dummheiten auf der Station, gt fort, ohne Einsicht, lacht viel, albern, uriniert öfters auf den Treppen, Korridor. 6. Oktober. Lag auf der Diele neben einem andern und te mit ihm. Zerreißt Sachen. Neckt fortwährend. Briefe ziemlich klar. n gewalttätig. 1902. Benehmen das alte. Im Februar legte er sich al auf einen jungen Menschen mit herausgezogenem Penis! Onaniert und überall mit andern, und zwar mit wahrer Wut. Lauter Dumm- n, Neckereien. 1. Juni. Im Garten lief er, den Penis in der Hand und e ihn den Frauen nebenan! — 1903. Der echte Hebephreniker, der ei Allotria treibt. Fleißig, neckt weiter. Im Dezember läßt er sich von n Blöden am Penis herumspielen. — 1904. Lacht, neckt weiter, sammelt. tober. Inzision eines Furunkels am Handrücken. Dabei zweimal ohn- tig mit rudimentären epileptischen Krämpfen, besonders an den Augen, ch lautes Schnarchen, Röcheln. Kam bald wieder zu sich. 3. November. er Furunkel. Bevor der Arzt ihn ansah, in der Angst von einer Ohn- t befallen. 1905. Fleißig, kindisch, neckend, ruhiger, gesetzter, in seinen ben widerspruchsvoll. 27. Februar. Plötzlich sehr blaß, erbrach sich, wieder wohl (epileptischer Anfall?). — 31. Mai. Wieder Furunkel auf Handrücken. Nach Inzision blaß, jammernde und schnarchende Laute bend, sank bewußtlos vom Stuhle, dabei krampfhafte Bewegungen der Nach einer Minute kam er zu sich. Einige Stunden später spontan eftiger epileptischer Krampf.

Dieser Fall bietet mehrfaches Interesse. Es ist ein typischer von Hebephrenie. In der Jugend ist nichts von Krämpfen nnt. Patient behauptet zwar solches, doch er ist sehr wenig auenswürdig. Im 15. Jahre soll er nach Angabe der Mutter reise Ohnmachten gehabt haben. Im Beginn der Psychose

Digitized by Google

„wurde er steif und bekam Schaum vor dem Munde". Also wohl ein epileptischer Anfall. Ob und wie oft sich das wiederholte, ist nicht bekannt, doch ist es wenig wahrscheinlich. Nach Erregung tritt Schwermut mehr im Vordergrunde. Auffallend sind solche Äußerungen, wie: Patient müsse die Qualen des Heilands durchmachen, seine Angehörigen vom Feuer erretten, die Welt gehe unter usw. Das erinnert etwas an die Diktion der Epileptiker. Später kommen noch einzelne Anklänge daran vor. Erst Mitte Juli 1902 wird ein Schwindel beobachtet und Ende des Jahres 1904 ein deutlicher epileptischer leichter Anfall nach einer Inzision eines Furunkels, was sich im Mai 1905, aber in schwächerem Maße, wiederholte. Dem folgte dann kurz darauf spontan ein weiterer. Ob der Schwindel im Februar 1905 ein epileptischer war, ist nicht ganz sicher, aber wahrscheinlich. Interessant ist, daß Ende 1904 ein solcher aus Angst eintritt. Jedenfalls sehen wir den ersten Anfall vier Jahre nach Eintritt der Psychose beginnen, der aber wahrscheinlich gleich im Anfange derselben ein Pendant gehabt hat. Merkwürdig ist ferner die ziemlich lang andauernde homosexuelle libido des Kranken, die 1901 beginnt und etwa zwei Jahre anhält. Erst küßt er wiederholt Idioten, zieht sie mit auf den Abort, onaniert schamlos mit ihnen und legte sich sogar einmal auf einen Kameraden mit blankgezogenem Penis! Daß er aber auch normal sexuell fühlt, zeigt er, als er im Juni 1902 vor Frauen exhibitioniert. Jetzt, seit 1½ Jahren, ist nichts Perverses mehr gesehen worden, und zwar seitdem Patient geordneter, klarer, arbeitsamer geworden ist. Das Stadium der Krankheit scheint also auch bei der Erweckung der homosexuellen Tendenzen mitzusprechen. Wo mehr geordnete Vorstellungen und Selbstbeherrschung eintreten, also die normal erworbenen Hemmungen wieder mehr zur Geltung kommen, treten jene zurück, um zu Zeiten größerer Verworrenheit, vielleicht auch unter Mithilfe größerer Reizung der sexuellen Sphäre oder wenn stabiler und hochgradiger Schwachsinn das Bild abschließt, wieder leichter aufzutreten. Merkwürdig ist nur, daß gerade im akuten Stadium des Irrsinns Homosexualität sehr selten ist. Hier ist das Ge-

Digitized by Google

ige des sekundären Ichs offenbar noch nicht so erschüttert, wie
oft im späteren Verlaufe. Wohl kann es dort infolge sexueller
eizung zu Onanie, vielleicht auch zu Exhibitionismus kommen,
um aber zu homosexuellen Handlungen. Wenigstens kenne ich
einen solchen Fall. Endlich muß man auch die Möglichkeit
wägen, daß ohne obige Einflüsse im Verlaufe chronischer Psy-
osen spontan tardive Homosexualität erscheint, wie ja öfters,
ne bekannte Gründe, bei psychisch Gesunden. Bei von Geburt
Blödsinnigen scheint dies öfters nach der Pubertät ein-
treten, als bei chronisch Geisteskranken. Da das aber auch
r selten genug geschieht, wird es sehr fraglich, ob die Homo-
xualität als pathologische Bildung anzusehen ist.

II.

Wenn wir jetzt unsere 13 Fälle überblicken, so ergibt sich
gendes:[1]) Es waren sieben Männer und sechs Frauen. Es macht
r fast den Eindruck, als ob Männer etwas häufiger als Frauen
fallen würden, im Gegensatze zur Meinung *Cristianis*. Auf
nnenstein konnte Geheimrat *Weber* in seiner langen Praxis
h nicht besinnen, irgend einen Fall von Spätepilepsie bei
isteskranken Männern oder Frauen gesehen zu haben. Hier
Hubertusburg ist auf der Frauenabteilung bei einem Durch-
nittsbestande von 800—900 (früher 1100 und mehr!) kein
ziger Fall[2]) beobachtet worden, außer zu allerletzt der Fall 11,
wahrscheinlich hierher gehört, während ich in der sehr viel
ineren Männerabteilung in den letzten Jahren zwei solcher
ispiele sah (Fälle 5 und 13). Eine weitere interessante Frage
re die, ob die Spätepilepsie hier im Laufe der Zeiten etwa
oder abgenommen hat, da ja ziemlich sicher die einzelnen
ankheitsformen des Irrsinns in Quantität und Qualität
twährenden örtlichen und zeitlichen Schwankungen
terworfen sind, wobei das Material, die Rasse, das Milieu usf.
r mitsprechen. Als ich vor 25 Jahren in Colditz meine

[1]) Durch den zugezogenen 13. Fall und durch nochmalige Prüfung des
erials ist eine kleine Zahlenverschiebung gegen die im Vortrage gegebene
stellung erfolgt.

[2]) Außer Fall 7, der aber nur einige Jahre in Hubertusburg war.

Digitized by Google

psychiatrische Tätigkeit begann, sah ich mehrere Fälle von Spätepilepsie, und der frühere Direktor von Colditz, der geniale *Voppel*, der „geborene" Direktor und Mitbegründer der Irrenkolonie in Deutschland, pflegte, wie ich von einem seiner Ärzte erfuhr, fortwährend auf solche Fälle als durchaus nicht seltene hinzuweisen. *Westphal*, wie wir berichteten, sah wahrscheinlich deren auch ziemlich viele. Heute scheint es anders zu sein und die Fälle seltener zu werden. Immerhin konnte mir Colditz noch mehrere beibringen, und das dürften auch andere reine Pflegeanstalten tun, dagegen kaum die gewöhnlichen Heil- und Pflegeanstalten, noch viel weniger die psychiatrischen Kliniken, weil eben die alten chronischen Fälle hier viel seltener sind.

Bezüglich des Alters (bis Anfang 1905 oder bis zum Tode) standen unsere 13 Kranken im Alter von 38—76 Jahren und zwar speziell: 1 im 24. Jahre, 3 zwischen 35—40, 2 zwischen 41—50, 4 zwischen 51 und 60, und 3 hatten endlich die sechzig überschritten. Es herrschte also das höhere Alter vor. Die höchsten Lebensstufen hatten die Weiber erreicht. Der Beginn der Psychose ist bekanntlich nicht leicht exakt festzustellen. Die geringsten Fehler begeht man vielleicht, wenn man denselben im allgemeinen vom ersten Anstaltsaufenthalt an berechnet, da dann gewöhnlich nur $^1/_2$—1 Jahr Differenz entsteht. Darnach waren in Behandlung 1 Patient seit $4^1/_2$ Jahren, 2 seit 5—10 Jahren, 2 seit 11—15 Jahren, 3 seit 16—20 Jahren, 1 seit 21—25 Jahren, 2 seit 26—30 Jahren, und 2 über 30 Jahre. Die meisten waren also schon mehr als 15 Jahre in Anstalten. Dem Zivilstande nach waren 4 (2 M.) verheiratet, die übrigen ledig. Letztere sind also überwiegend. Der Bildung und dem Stande nach gehören sie sämtlich den unteren Volksschichten an, bis auf einen Kaufmann und einen Bauführer. Da die Krankengeschichten zum großen Teile alten Zeiten entstammen und vielfach lückenhaft sind, so ist es nicht zu verwundern, daß über so wichtige Faktoren, wie erbliche Belastung und persönliche Anlage nur dürftige Notizen gegeben sind. So fehlt eine erbliche Anlage oder wird überhaupt nicht berührt in 12 Fällen[1]) und bloß bei einem

[1]) Hierbei rechne ich Fall 12 nicht mit, wo die Mutter an einer Erschöpfungskrankheit (maladie de langueur) gestorben ist.

Digitized by Google

ınne (Fall 13) liegt solche vor. Abnormen Charakter sollen r zwei Frauen und wahrscheinlich ein Mann dargeboten haben. t befähigt waren 4 (2 W.), mittel 6 (3 W.); nichts erwähnt ist 3 (1 W.). Ein Mann war zuletzt liederlich geworden, 3 tranken ıhrscheinlich aber nur infolge der Krankheit) und eine Frau r mit 20 Jahren syphilitisch. Entartungszeichen werden nur ɔenmal (1 W.) erwähnt und meist wenige und unbedeutende. s ist alles sehr mager! Unseren Erfahrungen an anderen steskranken nach müssen wir aber wohl annehmen, daß in gen Fällen die Verhältnisse kaum anders gelegen haben als . Das sieht man schon allein daraus, daß die sieben Kranken *stianis* sämtlich erblich belastet waren!

Aus dargelegten Gründen hält es auch schwer, eine sichere ıgnose zu stellen. Die meisten Fälle sind wohl sicher der ppe der dementia praecox zuzurechnen, und darunter 5 resp. 6 l 1, 3, 4, 5, 10(?), 11) der paranoiden Gruppe. Fall 6 scheint r eine periodische Psychose zu sein (weniger Fall 10), doch ıte man vielleicht hier auch von einer periodischen Form der entia praecox reden. Der Fall *Maggias* war eine zirkuläre hose. Fall 12 rechnete ich anfangs zur echten, seltenen ınoia, werde aber jetzt doch daran einigermaßen irre. Auch ine alkoholistische Psychose nicht ganz auszuschließen. Daß ießlich die meisten Fälle der Dementia praecox angehören, ein Wunder, da diese ja überhaupt unter allen Psychosen der nach am stärksten vertreten ist.

Der erste Anfall wurde einmal (W.) nach „mehreren en", dreimal (1 W.) nach 4—5 Jahren, zweimal (1 W.) nach 0 Jahren, viermal (1 W.) nach 10—15 Jahren, zweimal nach 20 Jahren (1 W.), und einmal (W.) nach 57 Jahren beobet. Am häufigsten also nach einem Aufenthalte von 6 bis ahren. Die Zahl der Anfälle war eine sehr verschiedene.) Anfälle in 5 Fällen (2 W.), 5—10 Anfälle dreimal (1 W.), 20 Anfälle einmal (W.), 21—30 Anfälle einmal, „viele" Andreimal (2 M.). Ein einziger Anfall überhaupt trat nur mal (Fall 1 und 11) ein,[1]) in Fall 10 waren wahrscheinlich

[1]) Nicht, wie *Pick* in der Diskussion sagte: 5. Gesagt hatte ich: 3.

Digitized by Google

schon zwei vorangegangen. Gehäuft in kleine Gruppen traten sie öfters in 4 Fällen (2 W.) auf; ein status epilepticus fehlte gänzlich. Längere Intervalle zeigten sich siebenmal und zwar von etwa 1 Jahr bei einem (M.), von 2 Jahren zweimal (M.), von 3 Jahren dreimal (1 W.), und mehrere Jahre einmal (M.). Der Stärke nach traten nur starke Anfälle sechsmal (3 W.) auf, nur leichte einmal, nur mittelstarke zweimal, gemischte, d. h. leichte und schwere, viermal (3 W.), endlich Krämpfe mit Schwindel gemischt dreimal (2 M.), während Schwindel allein nicht vorkamen. Partielle (*Jackson*sche) Krämpfe wurden nicht berichtet. Es überwiegen somit die schweren, resp. gemischten Krisen. Schwindel sind nur selten notiert. Rudimentäre Anfälle vielleicht nur zwei bis dreimal (Fall 5, 13). Die Anfälle erfolgten am häufigsten nachts oder nur nachts. Von einer eigentlichen Aura ist bloß bei Nr. 5 die Rede. Wiederholt war dieser Kranke mehrere Stunden vorher benommen, still: vielleicht auch Aura bei einer Frau (Nr. 4) in Form einer leichten Erregung. Daß der Magen und Darm zur Zeit der Anfälle irgendwie gestört war, wird nicht berichtet. Amnesie bezüglich des Anfalls wird nicht besonders hervorgehoben, ebensowenig stets völlige Bewußtlosigkeit; beides ist wohl aber sicher eingetreten. Mehr Aufmerksamkeit ward den postepileptischen Symptomen geschenkt. Hier trat zehnmal (3 W.) nach dem Anfalle Dösigkeit, Unzugänglichkeit usw. ein, meist nur ganz kurz dauernd, selten bis zu 24 Stunden anhaltend. Merkwürdig ist in dem einen Falle die mehrfach erwähnte Euphorie. Dreimal ist nichts weiter vermerkt.

Eine sehr schwierige Frage ist die der Äquivalente (psych., larvierte Epilepsie). Vielleicht sind solche in vier bis sechs unserer Fälle da. Nr. 1 zeigte sich zeitweis benommen und impulsiv, Nr. 2 war öfter erregt oder hatte Kopfschmerzen, Nr. 4 lief bisweilen ängstlich herum, Nr. 5 zeigte Impulsivität und Dämmerzustände, Nr. 13 hatte im 15. Jahre Ohnmachtsanfälle gehabt und Nr. 12 hatte möglicherweise als Äquivalent Träume und nächtliche Visionen. Leider sind aber alle diese Zeichen — nicht aber für gewöhnlich, wie schon gesagt, die früher von *Westphal* als „epileptoid" bezeichneten — so häufig im Verlaufe akuter und chronischer Psychosen, namentlich in den dementia praecox-

Digitized by Google

rmen, daß selbst dann, wo daneben echte epileptische Anfälle gesehen rden, die Äquivalentnatur jener Symptome noch sehr fraglich ist.

Noch viel vorsichtiger müssen wir hier mit den Träumen fahren, so sehr ich dieselben unter Umständen auch für chtig zur Stellung der Diagnose auf sexuelle Perrsionen und auch für die Charakterologie halte,[1]) ch stets nur, wenn eine ganze Reihe von Träumen t ähnlichem Inhalte vorliegen, also nicht bloß ein nzelner. Nur wenn in obigem Falle (12) eine Reihe schreckter Träume mit Vorherrschen von Feuer, Blut, also der roten rbe usw. vorgelegen hätten, könnte man an epileptische Äquiente denken, obwohl man dann immer noch sagen dürfte, der Epileptiker infolge seiner Hirnveränderung schon gern so mt, also in seinem stabilen Zustande, wo man dann von uivalenten nicht gut mehr reden kann. Wir müssen hierüglich also unglaublich vorsichtig sein, wollen wir uns nicht *Lombroso*sche Phantasmen verlieren, und jedenfalls der Sicherit halber nur dann von Äquivalenten sprechen, wenn utliche Zeichen einer wirklichen Epilepsie (grand, it mal) beobachtet wurden.

Ein sichtbar schädigender Einfluß der häufiger auftretenden mpfe auf die Psyche konnte nicht nachgewiesen werden, ebenenig die Ausbildung eines „epileptischen Charakters" (vielleicht a in Nr. 7?). Der Grund liegt wohl darin, daß die Krämpfe erst einem vorgeschrittenen Stadium der Krankheit auftraten und ist nur in relativ geringer Zahl, endlich vielleicht auch, weil ade das petit mal, welches so deletär auf den geistigen Zustand ückwirkt, hier nur eine große Ausnahme zu sein scheint. Einzweimal schien es zwar, als ob der bestehende Schwachsinn noch steigerte, doch ist es dann immer noch fraglich, wiel davon auf die Grundkrankheit, wieviel auf die Krämpfe zu ieben ist.

[1]) Siehe *Näcke*, Die forensische Bedeutung der Träume. Archiv für minalanthropologie usw. 5. Bd. 1. H. Hierbei will ich aber gleich bemerken, ich bei Geisteskranken, im Gegensatze zu *de Sanctis* keine für einzelnen Formen charakteristische Träumen finden konnte, zdem ich seit Jahren speziell darauf achte.

Digitized by Google

Auch *Mendel* (l. c.) betont bei der gewöhnlichen Spätepilepsie die seltenere Schädigung der Psyche, im Gegensatze zu *Lüth*. Zwangsvorstellungen, wie sie *Mendel* bei der Spätepilepsie häufig fand, fehlten in unseren Fällen, will man nicht etwa immer wiederkehrende Wahnideen dazu rechnen. Hypochondrische Verstimmungen kommen auch sonst in leichter Ausprägung so oft vor, daß ich bezüglich der Spätepilepsie wenig darauf geben möchte. In einigen Fällen schien es, als ob eine gewisse progressive Entwicklung der Anfälle stattfände (besonders in Fall 13), doch fehlt auch diese bei echter Epilepsie nur zu oft.

Quoad vitam ist nichts zu befürchten. Wenn in Fall 6 der Tod nach einem Anfalle eintrat, so war eine ruptura cordis daran schuld, die jedenfalls organisch schon vorbereitet war. Eine unmittelbare Gefahr für das Leben liegt um so weniger vor, als ja der status epilepticus bisher nicht beobachtet wurde und schon mehrfach gehäufte Anfälle selten genug sind. Die Autopsie hat in unseren 2 Fällen und in den 3 von *Cristiani* nichts Charakteristisches enthüllt. Ob eine Heilung, d. h. also ein völliges Sistieren der Krämpfe vorkommt, ist nicht bekannt. Es ist dies um so schwerer zu sagen, als ja gerade hier öfters längere Intervalle vorkommen, ja so große, daß man eventuell sogar von Rezidiven reden könnte. Von wann ab ist die Epilepsie sicher als geheilt zu betrachten? Wir warten hierauf noch auf Antwort!

Da, wie wir sehen, das Auftreten unserer Spätepilepsie ziemlich harmlos erscheint, so kann im allgemeinen von einer besonderen Therapie nicht die Rede sein. Nur dort, wo die Anfälle häufiger werden, wird man Brom, salzarme Diät usw. geben. Treten gehäufte Anfälle auf, die bedrohlich erscheinen, oder gar ein status epilepticus, dann würde man Darmausspülungen machen, resp. Calomel usw. geben, sowie Klysmen von Chloral oder Amylenhydrat usf., wie *Alt* neuerdings mit Recht wieder empfiehlt.[1] Ich bemerke aber ausdrücklich, daß ich bei den vielen Epileptikern, die ich schon sah, durchaus nicht immer, ja nicht einmal in der Mehrzahl vor dem Anfalle gestörte Magendarmtätigkeit, belegte

[1]) *Alt*. Die Bekämpfung des Status epilepticus. Münchener medizin. Wochenschr. 1905, Nr. 13.

Digitized by Google

nge, foetor ex ore usw. antraf, so daß es schon deshalb viel weit gegangen erscheint, jeden epileptischen Anfall als vom rme usw. aus durch Autointoxikation ausgelöst zu betrachten.

Wir können zusammenfassend sagen, daß nach unserm und ndem Materiale die Spätepilepsie bei chronischen ychosen jetzt ein außerordentlich seltenes Ereignis , in unseren Fällen mehr bei Ledigen eintrat. vielleicht vas häufiger bei Männern und vorwiegend in der uppe der dementia praecox. Bezüglich der erblichen astung, der persönlichen Anlage und der Entartungszeichen den sich die Fälle von den anderen kaum unterscheiden. Es anzunehmen, daß dort, wo in der Jugend schon Krämpfe ndwelcher Art aufgetreten sind, dann aber sistierten, oder wo erst im Beginn der Psychose ein oder mehrere Male sich ein-ten, später die Neigung zu rezidivieren eine große ist. Solche e haben wir bis auf zwei aber ausgeschaltet, wie auch die im Verlaufe eines chronischen Alkoholismus entstandenen l 12?). Bezüglich der epileptischen Anfälle selbst ist emerken, daß sie häufiger vereinzelt auftreten, meist hts, in unseren Fällen zuerst am meisten 6—15 Jahre h Beginn der Anstaltsbehandlung, gewöhnlich were, resp. mit leichten gemischte sind, selten äuft, selten auch mit Schwindeln abwechselnd. windel allein und status epilepticus fehlt in unseren den anderen veröffentlichten Fällen. Die Intervalle ugen öfters ein bis mehrere Jahre. Zweimal (resp. mal) wurde überhaupt nur ein einziger Anfall beob-tet. Aura war selten, postepileptische Symptome eten dagegen die Regel. Rudimentäre Anfälle kamen ge Male vor, vielleicht auch Äquivalente. Eine ädigung der Psyche, speziell die Ausbildung eines ileptischen Charakters" durch die Krämpfe konnte rt sichergestellt werden. Eine Gefahr quoad vitam tierte bisher nicht. Im allgemeinen ähnelt der Anfall dieser Art von Spätepilepsie dem der gemeinen lepsie, bis auf einige kleine Unterschiede. Noch mehr ken sich hier die Krisen mit denen der sonstigen

Digitized by Google

Spätepilepsie. Ein Unterschied in der Symptomatik bei beiden Geschlechtern ließ sich nicht feststellen. Es muß der weiteren Forschung vorbehalten bleiben, festzustellen, ob obige Hauptsätze Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben können oder nicht. Das bisher beobachtete Material ist ja ein noch viel zu geringfügiges, um definitive Schlüsse zu ziehen. Immerhin lassen sich vielleicht schon jetzt gewisse Richtungslinien erkennen.

III.

Bevor wir schließen, gilt es noch einige Punkte kurz zu berühren. Wir sahen schon, daß die Anfälle ihrem Charakter nach als echt epileptische angesprochen werden mußten. Die tonischen und klonischen Krämpfe waren stets da, anscheinend auch die Bewußtlosigkeit und in den meisten Fällen endlich die postepileptischen Symptome. Aura ist zwar nur einige Male notiert, wie auch Schaum vor dem Mund, Zungenbiß usw., gewiß aber öfter übersehen worden. Wenn nun solche spezifische Anfälle im Verlaufe irgend eines Leidens, hier speziell einer chronischen Geisteskrankheit auftreten, haben wir dann das Recht von Spätepilepsie zu reden? Gewiß. Wie steht es aber, wenn bisher nur ein einziger Anfall vorlag? Auch dann bejahe ich die Frage, trotzdem *Pick*, *Westphal* und andere sie verneinen. Abgesehen davon, daß so manche Franzosen meiner Ansicht sind, auch *Maggias* Kranker nur einen Anfall hatte, so sehe ich nicht ein, wie man den Begriff der Epilepsie an die Quantität und Regelmäßigkeit der Anfälle knüpfen will und nicht an die Qualität. Wenn ein echter Epileptiker nach dem ersten Anfalle stürbe, würde, wäre er dann fälschlich ein Epileptiker genannt worden? Wer kann sagen, ob auf einen Anfall von Krampf im Verlaufe eines Leidens nicht später noch weitere folgen werden? Ist Regelmäßigkeit der Anfälle, Häufung derselben usw. so charakteristisch für Epilepsie? Gewiß nicht. Jeder, der viel Fallsüchtige sah, weiß, daß neben regelmäßigen auch sehr unregelmäßig auftretende Krisen, neben häufigen sehr seltene, erfolgen können, und das alles auch abwechselnd bei einer und derselben Person und in allen möglichen Stärkegraden des Krampfes. Ebenso braucht durchaus

Digitized by Google

i echter Epilepsie keine progressive Entwicklung der Anfälle mer stattzufinden. Wir werden also am besten tun, als ilepsie die charakteristischen Anfälle zu bezeichnen, abhängig von der Zahl, Regelmäßigkeit und pro-essiven Entwicklung derselben. Gerade zum echten epi-tischen Krampfe gehört ein solches Ergriffensein des ganzen hirns, daß wir ihn von bloßen gelegentlichen Zuckungen, direkten r indirekten Reizungen der motorischen Hirnrindenregionen scharf nnen müssen. Bei einem einmaligen Auftreten von Ohnmacht r rudimentärem Krampf müssen wir natürlich vorsichtig sein l sie zunächst nicht ohne weiteres als epileptisch hinstellen. ders, wie gesagt, wenn der Anfall mit allen Attributen scharf tritt, und sei es auch nur ein einziges Mal.

Wie haben wir uns weiter das Entstehen der epileptischen rankung im Verlaufe chronischer Psychosen zu denken? Sind mpfe schon in der Jugend dagewesen oder erst im akuten dium des Irrsinns aufgetreten, so wird man eine angeborene . erworbene „epileptische Gehirnveränderung", eine besondere position dazu annehmen dürfen, so wenig Sicheres wir darüber jetzt wissen. Alles mögliche ist dafür als angeblich pathognostisch gestellt worden: Anatomisches, Physiologisches, Chemisches, und s hat sich schließlich nicht für alle Fälle bewahrheitet. Die n fanden bei echter Epilepsie Sklerose des Ammonshornes r anderer Gehirnteile, andere wieder Gliawucherungen auf oder der Hirnrinde usw., die dritten Enge der Aorta oder der irnarterien, die vierten gröbere oder feinere, angeborene oder hologische Veränderungen (Heterotopien, Histiotypien u. s. f.) im irn usw., andere wieder bloße Reizbarkeit gewisser Hirnteile. r alles dies gilt nur für gewisse Fälle und auch das bloß größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit. Schon diese ache Überlegung sollte manche Autoren bescheidener machen, auf Grund nur einiger weniger Untersuchungen sofort ihre nde verallgemeinern wollen, ohne auch nur den Kausal-mmenhang in ihren Fällen sicherzustellen. Die Skepsis te eben überall die beste Führerin in der Wissenschaft ! Aber auch die chemische Theorie schwebt noch sehr in Luft. Ein spezifisches, isolierbares Gift ist weder im Blute

Digitized by Google

noch in anderen Säften der Epileptiker gefunden worden. Man weiß nur, daß das Blut, der Harn usw. Epileptischer vor, während und nach dem Krampfe besonders giftig ist, doch braucht deshalb das Gift dann noch nicht Ursache des Krampfes zu sein, sondern könnte auch erst Folge der „epileptischen" Hirnveränderung sein. Die rein chemische Theorie der Epilepsie nach *P. Marie, Krayatsch* usw., wie überhaupt die ganze Lehre der Autointoxikationen von *Bouchard* usw. steht vorläufig noch auf schwachen Füßen, mag auch so manches dafür sprechen, namentlich der Erfolg gewisser therapeutischer Maßnahmen. Es hat allerdings den Anschein, als ob der epileptische Anfall als solcher durch endo- und exogene Gifte ausgelöst werden kann, aber gewiß nicht in allen Fällen. Ja, es läßt sich sogar theoretisch denken, daß solche Gifte durch längere Anwesenheit im Körper oder durch einmaliges heftiges Auftreten selbst die „epileptische" Gehirnveränderung temporär oder dauernd zuwege bringen. Mehr läßt sich aber z. Z. nicht sagen. Auch die Schilddrüse hat neuerdings als Intoxikationsquelle natürlich herhalten müssen (Paris). Alle Schriftsteller aber nehmen außer der irgendwie angeborenen oder erworbenen spezifischen Disposition ein krampfauslösendes Moment an, das freilich verschiedener Art sein und einmal wohl auch die „epileptische" Gehirnveränderung selbst setzen kann.

Bei jeder Spätepilepsie, und dies gilt auch von der beim chronischen Irrsinne — muß also erst diese „epileptische" Gehirnveränderung — wo sie nicht schon vorher in der Latenz bestand — auf Zeit oder dauernd geschaffen werden, und das kann doch wohl nur durch palpable Gehirnveränderungen irgendwelcher Art, wie sie sich namentlich bei Psychosen an den Häuten, in und unter der Hirnrinde abspielen, geschehen. Auf alle Fälle müssen es Prozesse sein, die auch die Basalteile mit einziehen, weil sonst die tonische Krampfphase fehlen würde. Über die Art der Prozesse selbst können nur Vermutungen geäußert werden. Jedenfalls müssen es solche sein, die die verschiedenen motorischen Zentren, die epileptogenen Zentren in gesteigerte Reizbarkeit bringen und sie darin temporär oder dauernd erhalten. So meint auch *Clouston*, daß die Krämpfe offenbar nur durch Ausbreitung der Krankheit auf die motorischen

Digitized by Google

ntren entstehen. Es könnte sich aber auch nur um ein lokales iden handeln (Lues, Gehirngeschwülste), das indirekt dann dere Teile mit beeinflußt. Je nachdem der postulierte Reizstand bestimmter Teile, die Disposition, die „epileptische hirnveränderung" größer oder kleiner, reparabel oder irreabel ist, andererseits die krampfauslösenden Momente selten r häufig, regelmäßig oder unregelmäßig eintreten, leichte oder were sind, wird man es verstehen, daß die epileptischen fälle bei der echten oder der späten Epilepsie selten oder ufig, regelmäßig oder unregelmäßig, stark oder schwach usw. treten können, ja auch heilen, selbst überhaupt nur ein einziges l sich zeigen. Die Auslösung braucht aber, wie gesagt, durch- nicht immer durch ein eigenes oder fremdes Gift zu gechen, sondern auch rein mechanische Momente, wie Blutdruckwankungen, Druck usw. können solches erzeugen, die freilich st zugleich eine chemische Wirkung durch Stoffwechselstörung sich schließen. Das geschieht ja gerade gern bei Tumoren Arteriosklerose, mag letztere durch das Alter, durch Alkohol, s. harnsaure Diathese usw. entstehen. Nach *Lüth* üben die lickten Gefäßwände einen direkten Druck aus und ihre Exsionen müssen krampfauslösend wirken können. Wir wissen gerade, daß die Arteriosklerose bei den chronischen Psychosen figer sich findet als sonst, und nicht bloß bei der Paralyse, n Arteriosklerose von der gewöhnlichen sich nicht unteridet. Das ist also bei chronischen Psychosen sehr wahrscheinlich häufiger Grund einer möglichen Spätepilepsie und gerade die alytischen Anfälle" bei der Paralyse sind z. T. echt epileptische möglicherweise so ausgelöst. Eine weitere Quelle bei den nischen Psychosen liegt in der so häufigen Nephritis. Die lichkeit eines Zusammenhangs mit der Spätepilepsie ist gewiß it gegeben, doch kaum je die Sicherheit. In unserem Falle 6 delte es sich vielleicht darum, außer dem Alter. Im Falle 9 e dagegen eine Syphilis im 20. Jahre vielleicht die „Dision" geschaffen, und Krampfmomente waren später zugetreten. ker Schreck, heftige, besonders andauernde Gemütserregungen en mechanisch und chemisch zugleich. Dazu treten endlich die entzündlichen und degenerativen Vorgänge im Gehirn

Digitized by Google

bei chronischen Psychosen hinzu, die wohl auch krampfauslösend wirken können. Wenn trotzdem Spätepilepsie so außerordentlich selten ist, so kommt es offenbar daher, daß ganz bestimmte Territorien gleichzeitig ergriffen sein müssen, neben den mannigfaltigen krampfauslösenden Momenten, und daß alle diese Bedingungen sich eben nur selten realisieren.

Es fragt sich endlich noch, ob wir irgend eine Spätepilepsie, also auch die in unseren Fällen, als ein Symptom der Grundkrankheit, hier der Psychose, anzusehen haben oder als ein novum, ein accidens, einen morbus per se, also als eine Kombination zweier Leiden. Da bei Spätepilepsie die „Disposition" erst durch das Grundleiden entsteht, so ist man wohl berechtigt, in der Spätepilepsie nur ein Symptom des Irrsinns zu sehen. Nimmt man aber an, daß dies so seltene Ereignis dieselbe organische Grundlage haben muß, als die gemeine Epilepsie — die sog. funktionelle Epilepsie wird sich wohl eines Tags auch als eine stets organische beweisen lassen! —, so würden einige hier von einer Kombination reden, obschon mir die erste Anschauung richtiger zu sein scheint. Eher schon könnte man bei den epileptischen Psychosen von einer „Kombination" sprechen. Doch das sind Spitzfindigkeiten von wenig praktischem Werte!

Digitized by Google

Korsakowsche Psychose mit weitgehender Besserung der schweren polyneuritischen Erscheinungen.[1])

Von

H. Tegtmeyer, approb. Arzt.

Die Kenntnis der *Korsakow*schen Psychose ist noch verhältsmäßig jüngeren Datums. Im Anfang der achtziger Jahre des igen Jahrhunderts war zuerst einigen Autoren beim Studium r Polyneuritis und deren ätiologischen Beziehung zum chroniien Alkoholismus das häufige Zusammentreffen derselben mit istesstörung und Gehirnsymptomen aufgefallen, was zunächst für fällig gehalten wurde, so *Moeli*, *Fischer*, *Strümpel*, *Löwenfeld*, *nhard* (1). *Lilienfeld* (2) betont zuerst bestimmt die Zummengehörigkeit beider Störungen. Es ist das Verdienst *rsakow*s (3), rein vom psychiatrischen Standpunkte die Geistesrung bei Polyneuritis gewürdigt und in einer Reihe von blikationen, zuerst in russischer, dann auch in französischer d deutscher Sprache, Ende der achtziger und Anfang der nziger Jahre des vorigen Jahrhunderts ein eingehendes Bild von entworfen zu haben. Im Vordergrunde seiner Schilderung ht schon die Desorientiertheit in bezug auf Ort und Zeit und Amnesie für die jüngste Vergangenheit. Daneben aber behreibt er noch verschiedene andere, schwer abzugrenzende rmen psychischer Störung, die er alle unter dem Namen

[1]) Aus der königl. Universitätsklinik und Poliklinik für psych. und rvenkrankheiten zu Göttingen (Prof. *Cramer*).

Digitized by Google

Psychosis polyneuritica zusammenfaßt. Dabei stellt er den Satz auf, daß sich zu dieser psychischen Störung stets Polyneuritis, wenn auch zuweilen nur angedeutet, hinzugesellt und beide Erscheinungen integrierende Bestandteile eines besonderen Krankheitsbildes seien. Er führt beides, Neuritis und Psychose, auf eine gemeinsame Ätiologie, nämlich auf Toxämie zurück und hat dabei weniger die primären Gifte, wie Alkohol, Arsen und die Toxine der Infektionskrankheiten als schon vielmehr solche sekundärer Natur (Metatoxine) im Auge. Er hat deshalb auch die Bezeichnung „Cerebropathia psychica toxaemica" vorgeschlagen: Cerebropathia deshalb, weil sich neben den psychischen Symptomen auch sehr oft andere Gehirnsymptome wie Schwindel, Erbrechen, Nystagmus, Sprachstörungen, Pupillendifferenz vorfinden können. Letztere Beobachtung ist insofern bemerkenswert, als später mehrfach Fälle beschrieben sind, bei denen sich neben ausgesprochener *Korsakow*scher Psychose noch eine Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior diagnostizieren ließ (*Boedicker* (4), *Raimann* (5), *Elzholz* (6).

Nachdem so von *Korsakow* die Aufmerksamkeit auf dies Gebiet gelenkt war, erfolgten in den neunziger Jahren eine große Anzahl von Publikationen mit zahlreichen kasuistischen Beiträgen, worin z. T. gegen die *Korsakow*sche Ansicht eine lebhafte Opposition erhoben wurde. So machte *Tiling* (1) zunächst geltend, daß sich nur die Alkoholneuritis mit jener typischen Geistesstörung verbinde und letztere somit auf den chronischen Alkoholismus zurückzuführen sei. Dieser Einwand wurde hinfällig, als durch *Korsakow* und *Serbski* (7) Fälle nicht alkoholistischer Ätiologie mitgeteilt wurden. In einer späteren Arbeit suchte *Tiling* (8) das psychische Bild enger zu fassen und nur eine der verschiedenen Varietäten *Korsakows* als typisch gelten zu lassen, nämlich die durch Amnesie und Erinnerungsfälschung charakterisierte Form, der er den Namen „amnestische Geistesstörung" gab. Zugleich wies er schon darauf hin, daß sich diese Form nicht nur bei Neuritis, sondern auch bei der senilen Demenz und nach Schädeltraumen finde. In der Folge wurden auch noch Fälle dieser amnestischen Störung erwähnt bei progressiver Paralyse (*Haury*), nach Kohlenoxydvergiftungen, bei wiederbelebten

Digitized by Google

hängten und Ertrunkenen und nach apoplektischen Insulten
udden (9), *Redlich* (10)). Wollte man alle diese Erscheinungs-
men des amnestischen Krankheitsbildes als gleichwertig be-
chten, so konnte man die *Korsakow*sche Psychose nicht mehr
eine besondere Form der Geistesstörung gelten lassen. *Tiling*
schied sich auch für diese Auffassung. Doch ließ sich nicht
kennen, daß das ganze Krankheitsbild bei Polyneuritis, sowohl
h Ätiologie und akutem Beginn, wie auch in bezug auf Verlauf
Prognose etwas Besonderes bot. Vor allem trat *Mönkemöller* (11)
diese Sonderstellung der neuritischen Psychose gegenüber der
llen Demenz und der progressiven Paralyse ein. Eine weitere
rung erfuhr die Frage, als immer mehr Fälle amnestischer
stesstörung ohne Neuritis mitgeteilt wurden. Ich verweise nur
zwei Fälle von *Mönkemöller* (11), zwei von *Schultze* (12) und
n von *Lückerath* (13), weil dabei ausdrücklich betont wird,
auf das genaueste nach neuritischen Symptomen gefahndet
und weil stets typische Fälle der Geistesstörung vorliegen.

Besonders eingehend hat sich *Jolly* (14) auf dem Moskauer
nationalen Ärztekongreß über die Ätiologie und die Abgrenzung
Krankheitsbildes ausgesprochen. In einer erweiterten Ab-
llung hat er auch eine große Anzahl von Krankheitsfällen
eteilt, und zwar in folgenden Gruppen:

1. Neuritis ohne psychische Störungen . . . . 19 Fälle
2. Neuritis mit einfachen Delirien . . . . . 22 „
3. Neuritis mit *Korsakow*schem Syndrom . . . 19 „
4. *Korsakow*sches Syndrom ohne Neuritis . . . 2 „

Was die Pathogenese anbetrifft, so stimmt er zunächst der
n von *Korsakow* aufgestellten Ansicht bei, daß Psychose wie
itis auf einer gemeinsamen Schädlichkeit, und zwar einer
ergiftung sekundärer Natur beruhen. Es liege nicht eine
mation der Wirkung des Alkohols, Bleies usw., noch der
ten Toxine der Infektionskrankheiten vor, sondern als Zwischen-
müsse eine Stoffwechselanomalie (Autotoxine), entstanden
dem Boden der primären Intoxikation oder Infektion, an-
mmen werden. Deshalb nun die *Korsakow*sche Psychose die
nische schlechthin zu nennen, hält *Jolly* für unberechtigt,
s einerseits ganz ähnliche Krankheitsbilder mit Amnesie ohne

Digitized by Google

toxämische Ursachen gebe, andererseits den toxämischen Psychosen eine größere Mannigfaltigkeit zukäme, als daß man diese Benennung für die *Korsakow*sche Form reservieren könne. So beruhe z. B. auch das akute Alkoholdelirium auf Toxämie und nicht auf einer Summation der Alkoholwirkung. Zur Begründung dieser Ansicht weist er hin auf den akuten Beginn, die somatischen Erscheinungen (Schweiß, Puls, Albuminurie, Tremor, Ataxie, Schwindel, Sprachstörungen, epileptische Anfälle) und die Tatsache, daß zumeist noch eine äußere Gelegenheitsursache vorliege. Überhaupt lasse sich das Gebiet der toxämischen Psychosen vorläufig noch nicht genau abgrenzen. Zwischen dem Delirium tremens und der *Korsakow*schen Psychose beständen offenbar Übergänge. So seien die *Korsakow*schen Symptome wie Merkschwäche, Unorientiertheit und Pseudoreminiszenzen auch bei dem Delirium tremens angedeutet, besonders bei den protrahierten Formen desselben, wo sie nach Aufhören des halluzinatorischen Stadiums noch eine Weile anhielten. Es bestehe somit mehr ein quantitativer als ein qualitativer Unterschied zwischen beiden, indem das Delirium die stürmischere Erscheinung darstelle mit Verwirrtheit, Halluzinationen und Benommenheit und der *Korsakow*sche Symptomenkomplex die protrahierte, schwerer rückbildbare und sich leicht mit Neuritis komplizierende Form, wo Benommenheit und Halluzination zurücktreten. Daß in der Mehrzahl der Fälle Delirium tremens und viel seltener der *Korsakow*sche Symptomenkomplex in die Erscheinung trete, dafür sei die individuelle Verschiedenheit der angeborenen Disposition und die Verschiedenheit der vorbereitenden Ursachen verantwortlich zu machen. Während das Delirium tremens in der Regel spurlos vorübergehe, komme es bei der intensiven Gedächtnisstörung der *Korsakow*schen Psychose leicht zu Defektbildungen, die sich auch anatomisch nachweisen lassen müßten. Die topographische Verteilung würde wahrscheinlich die nahen Beziehungen und andererseits auch die Unterschiede zur senilen Demenz und Paralyse erklären. Für diejenigen Formen der beiden letztgenannten Erkrankungen, welche vorübergehend ein ausgesprochenes Bild der Amnesie bieten, glaubt *Jolly* eine besondere Lokalisation des gehirnatrophischen Prozesses annehmen zu dürfen und hofft, daß sich durch genaue Unter-

Digitized by Google

nchungen hier Klarheit gewinnen lasse. An Stelle der unhaltaren Bezeichnungen wie polyneuritische oder toxämische Psychose hlägt *Jolly* eine mehr „neutrale" vor, nämlich „*Korsakow*sches yndrom oder Symptomenkomplex".

Wernicke (15) hat die Alkoholdelirien, polyneuritische Psychose nd die Presbyophrenie wegen der großen Ähnlichkeiten und anheinenden Übergänge zu der Gruppe der akuten Allopsychosen sammengefaßt. Dabei hat er das psychische Bild bei Polyneuis besonders scharf gezeichnet. Neben dem besonnenen und tenten Wesen der Kranken hält er folgende vier Symptome für pisch:

1. allopsychische Desorientiertheit,
2. Merkschwäche,
3. Konfabulationen (additive Erinnerungsfälschungen),
4. Gedächtnisdefekt für die jüngste Vergangenheit.

Es liegt nahe, die Desorientiertheit auf Kosten der Merkwäche zu setzen. *Wernicke* glaubt das ablehnen zu dürfen ter Hinweis auf die postepileptischen Allopsychosen bei erhaler Merkfähigkeit. Übrigens ließe sich wohl nur die zeitliche sorientiertheit aus der Merkschwäche erklären und nicht auch örtliche, welche meist eine positive ist, und zwar entsprechend n Gedächtnisdefekt im Sinne einer längst vergangenen Situation *nhoeffer*). Zuweilen soll sich die Unorientiertheit zur Asymie steigern.

Auch *Bonhoeffer* (16) hat im ähnlichen Sinne wie *Jolly* die ge Beziehung der *Korsakow*schen Psychose zum Delirium tremens ont und dieselbe geradezu als chronisches Alkoholdelirium aufaßt. Zur Begründung dieser Ansicht weist er darauf hin, daß zwei Drittel aller Fälle die Krankheit mit einer deliranten ase beginne, so daß oft zunächst die Diagnose auf Delirium mens gestellt würde und erst der weitere Verlauf, das Fehlen kritischen Schlafes, das Aufhören der Sinnestäuschungen und Hervortreten der Merkschwäche und Desorientiertheit, den hren Charakter der Krankheit erkennen lasse. Ebenfalls typisch Alkoholismus seien die Fälle, bei denen sich das volle Krankbsbild aus einem stuporösen Stadium mit Somnolenz, Schreck-

Digitized by Google

haftigkeit, Tremor und asymbolischen Erscheinungen heraus entwickle.

Das amnestische Bild zwar könne, abgesehen von der typischen ersten Phase, auch bei anderer Ätiologie angetroffen werden (Influenza, Typhus, Intoxikationen, Gehirntumoren, Apoplexien. Schädeltraumen und Presbyophrenie).

Bei *Bonhoeffer* finden wir auch die bisherigen pathologisch-anatomischen Befunde zusammengestellt. Es hat sich dabei nichts Charakteristisches für die *Korsakow*sche Psychose ergeben. „Alles in allem ergibt der anatomische Befund, daß ein diffuser, das ganze Nervensystem schwer schädigender Prozeß vorliegt, der einerseits das nervöse Parenchym zur Degeneration bringt, andererseits in den Gefäßen, vielleicht auch in der Blutzusammensetzung Veränderungen bewirkt, die sich in einer Neigung zu kleinen Blutungen ausspricht" (*Bonhoeffer*).

Neuerdings sind von *Meyer* und *Raecke* (Arch. f. Psych. 1903 1. Heft) noch acht Fälle mitgeteilt, bei denen sich der *Korsakow*sche Symptomenkomplex mehr oder weniger vollständig vorfand. Davon bieten nur die beiden ersten das typische Bild der *Korsakow*schen Psychose (chronischer Alkoholismus). In drei Fällen wurde der bestehende Verdacht auf Paralyse durch die Sektion bestätigt. Gerade bei diesen Fällen waren mehrfach Delirien aufgetreten, worauf von den Autoren besonders Wert gelegt wird. Ein anderer Fall zeigt den *Korsakow*schen Symptomenkomplex bei Dementia postapoplectica. Im letzten Falle, wo sich neben den drei Hauptsymptomen (Merkschwäche, Unorientiertheit und Konfabulationen) noch Somnolenz und hypochondrische und Größenideen fanden, ergab die Sektion ein Sarkom im Mark des rechten Stirnlappens. Im Schlußwort wird betont, daß also der *Korsakow*sche Symptomenkomplex keine Krankheit sui generis sei und daß wohl keine Gründe zur Abtrennung einer Form mit deliranter Anfangsphase von den übrigen als die des echten *Korsakow* vorlägen.

Dem gegenüber hat *Bonhoeffer* in einem Vortrage auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Göttingen im wesentlichen seinen alten Standpunkt vertreten. Er verlangt, nur dann vom *Korsakow*schen Symptomenkomplex

Digitized by Google

sprechen, wenn die vier Hauptsymptome alle vorhanden sind
l der Merkfähigkeitsdefekt so hochgradig ist, daß fast momentan
gessen wird. Sonst würde man die Mehrzahl der gehirnatro-
ischen Prozesse, insbesondere die progressive Paralyse und auch
senile Gedächtnisschwäche, hierher zählen müssen.

Bemerkenswert sind die Mitteilungen über die Häufigkeit des
*rsakow*schen Symptomenkomplexes. Nach *Bonhoeffer* kommt er
Männern ungefähr in 3 % aller Fälle von chronischem Alko-
ismus vor, nach *Chotzen* bei Frauen in 20 %, also relativ
enmal so häufig. *Bonhoeffer* kommt zu dem Schluß, daß der
nestische Symptomenkomplex bei sehr verschiedenen Krank-
sprozessen auftreten könne und sich gewöhnlich aus einer
ten Bewußtseinsstörung heraus entwickle. Einen Unterschied
schen dem klinischen Bilde der Amnesie rein infektiöser Ätio-
e gegenüber dem alkoholistischer hält er bis jetzt nicht für
iesen. Die Prognose stellt er im ganzen ungünstig. Doch
das amnestische Zustandsbild nicht als definitiver Defektzustand
betrachten. Dagegen spräche die akute Entwicklung und vor
n die rasche Rückbildungsmöglichkeit in gewissen Fällen.
Aussichten auf Besserung ständen im umgekehrten Verhältnis
Invalidität des Gehirns. Am besten seien sie bei ganz akuter
vicklung (Strangulation, Infektionen, Intoxikation), ungünstiger
n bei chronischem Alkoholismus und am schlechtesten im
um und bei Arteriosklerose.

Zur Stellung einer genauen Diagnose und Prognose sei man
auf das klinische Gesamtbild angewiesen. Auf diese Weise
n sich aber sehr wohl einige Unterschiede machen. *Bonhoeffer*
eneigt, den auf alkoholistischer oder infektiöser Basis meist
Neuritis einhergehenden und in bekannter Weise eingeleiteten,
amnestischen Symptombild führenden Erkrankungen eine
ndere Stellung zuzuweisen und schlägt vor, für sie die alte
ichnung „*Korsakow*sche Psychose" beizubehalten, in allen
ren Fällen aber nur vom *Korsakow*schen Syndrom oder
estischen Symptomenkomplex zu sprechen.

Ich habe es bei dieser kurzen Übersicht über die bisherige
atur zur *Korsakow*schen Psychose absichtlich unterlassen, ein
ues Krankheitsbild der Psychose zu entwerfen, einmal weil

Digitized by Google

es hinlänglich bekannt und in der Literatur eingehend gewürdigt ist, sodann auch deshalb, weil ich mir erlauben möchte, in folgendem einen in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerten Fall von *Korsakow*scher Psychose aus der hiesigen psychiatrischen Klinik mitzuteilen.

Heinrich D., Tischler, am 16. April 1862 geboren, hat sich normal entwickelt und keine ernstlichen Krankheiten durchgemacht. Er war verheiratet und hat drei gesunde Kinder. Seit 1898 hat er sich dem Trunke ergeben und besonders seit dem Tode seiner Frau, 1901, viel Schnaps getrunken. Erblich ist er insofern belastet, als eine Schwester und ein Onkel ebenfalls dem Trunke ergeben waren und letzterer Selbstmord durch Erhängen verübt hat. Die Krankheit begann im Frühjahr 1902 (etwa dreiviertel Jahr vor der Aufnahme) mit einem schmerzhaften „Gelenkrheumatismus" (angeblich infolge von Durchnässung) in allen Gliedern (lange Zeit bettlägerig). Dann ist eine Lähmung der Hände, Arme und Beine hinzugekommen. Später, etwa zwei Monate vor der Aufnahme, hat sich auch sein psychisches Verhalten geändert. Er schimpft viel mit seinen Kindern herum, erkennt nahestehende Personen nicht und äußert allerlei Wahnideen. So hat er eines Tages gesagt, er müsse nach Berlin, um Soldat zu werden; eines Abends hat er im Hause geschimpft, daß keiner zum Empfang bereit sei, der Kaiser käme; einem Bekannten erzählt, daß er in Sch. einen großen Posten Bauten übernommen habe, und dergleichen mehr.

Am 9. November 1902 wurde der Kranke vom Kreisarzt in seiner Wohnung in H. untersucht. Er lag zu Bett und war anscheinend ganz vergnügt. Den Arzt erkennt er sofort und beantwortet die Frage nach seinem Befinden dahin, daß es ihm gut gehe. Darauf erzählt er, daß er soeben von K. gekommen sei, wo er seine Braut besucht habe. Er wolle sich jetzt zum dritten Male verheiraten. Darauf aufmerksam gemacht, daß er aber erst eine Frau gehabt habe, gesteht er seinen Irrtum auch ein. Den Namen seiner angeblichen Braut vermag er nicht anzugeben. Obwohl er sich nur mit Mühe im Hause umher bewegen kann, erzählt er von weiten Fußwanderungen in die Umgegend, bald um die Schule zu revidieren, bald um sich nach Arbeit umzusehen. Über Ort und Zeit ist er nicht orientiert. Seinen Geburtstag gibt er richtig an. Auf die Bemerkung, daß es doch wünschenswert sei für ihn sei, daß er in einer Anstalt gepflegt würde, antwortet er, besser könne er gar nicht gepflegt werden; seine Frau pflege ihn vortrefflich.

Die körperliche Untersuchung ergab dann kurz folgendes: hochgradige Abmagerung mit Ausnahme des Gesichtes; besonders starker Schwund der Muskeln der Extremitäten. Patient kann sich ohne Hülfe nicht an- und auskleiden; dagegen kann er allein aus dem Bette aufstehen. Gang unsicher und ataktisch. Kniephänomen erloschen. Pupillen gleich weit, reagieren auf Lichteinfall. Schmerzen sollen zuweilen noch auftreten. Muskeln und Nerven sind anscheinend auf Druck nicht schmerzhaft. Am 16. November 1902 wurde

Digitized by Google

ient dann in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg auf-
ommen.

16. November 1902. Patient muß aus dem Wagen getragen werden, ist gnügt und begrüßt alle sehr freundlich: da sei er wieder, er sei ja schon mal hier gewesen, ungefähr ein halbes Jahr. Vor 14 Tagen sei er von r fortgegangen; er wolle jetzt wieder hierbleiben. Krank sei er nicht; er e nur seit Jahren an Rheumatismus; davon sei er so schwach geworden. zt habe er keine Schmerzen mehr; er hoffe bald wieder gesund zu sein. ches und ähnliches erzählt er auf Fragen und lächelt dabei heiter und gnügt.

17. November. Patient muß vollständig gefüttert werden. Nachts hat und laut vor sich hin gesprochen.

18. November. Patient gibt unter anderem an, er sei hier in Hannover Krankenhause, er sei allein hergefahren und von der Bahn aus zu Fuß angen. Gestern sei er in Hankensbüttel gewesen und habe noch eine nmode fertigstellen müssen.

23. November. Patient weiß nie, was er am Tage zuvor gemacht hat, liert alles Mögliche. Gestern sei er auf Jagd gewesen und habe einen italen Rehbock geschossen.

30. November. Wie lange sind Sie hier? „Ja, wann bin ich gekommen, es gestern oder schon vorgestern.“ Die Namen der Wörter, die ihm oft gt werden, weiß er schon nach wenigen Augenblicken nicht mehr.

17. Dezember. Patient klagt über Schmerzen im rechten Arm; der sei hmt. Das komme daher, daß er vor einem halben Jahr einen Schlag mit m Stock dahin bekommen habe.

23. Dezember. „Kalkutta“ wußte der Kranke noch nach zwei und fünf uten, am folgenden Morgen aber nicht mehr. Als er dann nach einigen uten gefragt wurde, ob er schon was von Kalkutta gehört habe, sagte er, sei ja das Wort, das er sich merken solle. Das Wort Aconcagua, das dreimal vorgesprochen werden mußte, hatte er schon nach zwei Minuten der vergessen.

30. Dezember. Patient erzählt von großen Fußreisen, „ja, er sei gut zu “; und dabei vermag er sich kaum einen Augenblick ohne Unterstützung den Beinen zu halten.

6. Januar 1903. Patient wird nach der psychiatrischen Klinik in Göttingen egt. Er kann weder gehen noch stehen, noch irgendwelche selbständige richtung tun.

7. Januar. Stimmung zufrieden. Patient spricht leise vor sich hin, ist t orientiert.

16. Januar. Status somaticus: Patient ist ein mittelgroßer (1,70) Mann ziemlich frischer Gesichtsfarbe, sonst aber stark abgemagert; Gewicht Pfd. Haare stark ergraut. Gesichtsausdruck zufrieden. Schädel von elmäßiger Form, nirgends schmerzhaft auf Druck und Beklopfen. Facialis

Digitized by Google

r. = l. Augenbewegungen frei. Pupillen sind gleichweit, mittelweit, reagieren gut auf Lichteinfall und Akkomodation, auch konsensuell. Sekundäre Dilatation fehlt. Iris beiderseits ziemlich stark gefleckt. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, ist etwas belegt, zeigt keine Atrophie, zittert leicht im Gewebe. Schleimhaut des Mundes und der Conjunctiva ziemlich anämisch. Das Zäpfchen steht nach rechts. Der rechte Gaumenbogen bleibt beim Anlauten deutlich zurück. Der harte Gaumen ist breit und flach. Zähne stehen regelmäßig, Ohrläppchen sind frei. Nirgends Drüsenschwellung am Körper. An den inneren Organen ist nichts Abnormes nachzuweisen. Keine Arteriosklerose an den fühl- und sichtbaren Arterien. Auf beiden Augen die charakteristischen Erscheinungen der Retinitis albuminurica, aber Urin frei von Eiweiß und Zucker. Penis ohne Narben; keine Bruchanlage. Die Muskulatur ist zum Teil sehr stark geschwunden, besonders an den Extremitäten, am Thorax und Rücken. An diesen Partien ist die Haut in großen Falten abzuheben. Die Prüfung der einzelnen Muskeln und Nerven ergibt folgendes: Facialis und motorischer Trigeminus sind frei; ebenso erfolgen die Schluckbewegungen ungestört. Die Sprache ist deutlich, klar, gut intoniert, aber etwas langsam. Bei mehrmaligen Wiederholungen von Paradigmen tritt deutliches Silbenstolpern ein. Die Bewegungen des Kopfes sind frei. Aus horizontaler Rückenlage vermag sich der Patient nicht selbst aufzurichten. Die auf die Bauchmuskeln aufgelegte Hand verspürt nur eine ganz schwache Kontraktion in denselben. An der Rückenseite springen die Dornfortsätze als eine 1—1½ cm über das Niveau der Haut erhobene Leiste vor. Patient kann nur in einer gewissen Mittellage aufrecht sitzen. Dabei ist die Wirbelsäule stark gekrümmt und der Kopf nach vorn geneigt. Am Brustkorb sind die Rippen alle fast in ganzer Ausdehnung zu sehen. Das Relief der Pectoralispartien fehlt vollständig. Am Rücken sind besonders noch die unteren Partien des Cucullaris und Latissimus funktionsunfähig. Der Arm kann nur mit großer Anstrengung bis zur Horizontalen gehoben werden. Die Serratuszacken sind dabei nicht zu sehen. Durch eine passive Vorwärtsdrehung des Schulterblattes wird die völlige Erhebung des Armes aber nicht möglich (gleichzeitige Atrophie von Serratus und Deltoides).

Nerv. radialis: Links ist die Streckung des Armes im Ellenbogengelenk eben möglich, aber nur einmal, rechts überhaupt nicht (hier eine leichte Kontraktur im Biceps). Streckung und Seitwärtsbewegung der Hand ist unmöglich. In der Ruhe werden die Finger leicht gebeugt gehalten. Der Daumen ist gebeugt und adduziert und kann aus dieser Stellung nicht herausgebracht werden. Die Finger können in den Grundphalangen und in den beiden übrigen nur mit Mühe gestreckt werden. Die Supination des gestreckten Armes gelingt links, rechts nicht.

Nerv. ulnaris und medianus: Die passiv gestreckten Hände werden mit schwacher Kontraktion und einem Vorherrschen der Beugung zur ulnaren Seite gebeugt. Händedruck nur sehr schwach. Dabei besteht die Neigung bei Fingerbeugung auch eine Beugung im Karpalgelenk auszuführen. Die

Digitized by Google

eckung der beiden Endphalangen ist teilweise möglich, die Opposition des umens nicht.

Nerv. musculocutaneus: Die Beugung im Ellenbogengelenk ist derseits möglich, doch nur mit schwacher Kraft und ruckweise. — Die ensive Abmagerung des Armes wird veranschaulicht durch folgende Maße: ıfang

s Oberarms, Bicepsmitte	r. = 20;	l. = 20 cm
„ 4 cm über d. Olekranonspitze	r. = 19;	l. = 20 „
Unterarms, 4 cm unterhalb d. Ellenbogengelenks	r. = 19,5;	l. = 19,5 „
„ Mitte	r. = 17;	l. = 17 „
er Hand (Handschuhmaß)	r. = 19;	l. = 19 „

An der Hand fällt beiderseits eine ausgesprochene Tabatière und Einunkensein der Interossei-Räume auf. Daumen und Kleinfingerballen fehlen vollständig und sind durch Falten der Haut ersetzt.

Aufrechtes Stehen und Gehen ist dem Patienten völlig unmöglich. Die kelmasse des Extens. cruris, der Adduktoren usw. ist sehr stark reduziert. herabhängende Unterschenkel kann rechts gar nicht gestreckt werden, s nur mit Mühe der Streckstellung etwas genähert werden. Der Hüftgelenk gebeugte Oberschenkel kann nicht gestreckt werden (Glut. — Abduktion, Adduktion und Rollbewegungen des Oberschenkels sind geringem Maße erhalten, ebenso die Beugung im Kniegelenk. Die Fußzen hängen schlaff herab und zwar die fibulare Seite mehr als die tibiale. Dorsalreflexion der Füße ist nur andeutungsweise erhalten, die der en gar nicht. Auch an den Füßen sind die Interossei-Räume weit und esunken. Die Plantarflexion des Fußes und der Zehen ist beiderseits veise erhalten.

Es beträgt der Umfang des

rschenkels, direkt am oberen Ansatz	r. = 39;	l. = 40 cm
„ in der Mitte	r. = 30;	l. = 30 „
„ 5 cm oberhalb des ober. Patellarrandes	r. = 29;	l. = 29,5 „
erschenkels, 5 cm unterhalb d. unter. Patellarrandes	r. = 25;	l. = 26 „
„ in der Mitte	r. = 26;	l. = 26 „

Es ist somit die Atrophie der Muskulatur ziemlich symmetrisch, nur eilen ist die rechte Seite stärker betroffen (vergl. auch Funktionsstörung). Lähmung ist überall eine schlaffe. Sekundäre Kontrakturen mit Ausne der des Biceps fehlen völlig. Augesprochene Muskelschmerzen sind t vorhanden; nur zeitweise werden ziehende Schmerzen in den Beinen geben.

Bei der elektrischen Untersuchung ergibt sich folgendes:

Für faradische Ströme ist die Erregbarkeit vom Nerv aus in den oberen n den unteren Extremitäten ziemlich erheblich herabgesetzt. Die Zuckungen gen träge und langsam. Erloschen ist die Erregbarkeit nur für den alis beiderseits, sowohl für den faradischen wie galvanischen Strom. Bei

Digitized by Google

den übrigen Nerven ist stets KSZ > ASZ; nur tritt die minimale Zuckung meist bei hoher Stromstärke auf, so

KSZ	für	N. ulnar.	r.	bei	1,5	ma
„	„	„	l.	„	3,5	„
„	„	median.	r.	„	2,5	„
„	„	„	l.	„	2,5	„
„	„	tibial.	r.	„	4,0	„
„	„	„	l.	„	6,0	„
„	„	peron.	r.	„	2,5	„
„	„	„	l.	„	3,6	„

Auch die Erregbarkeit vom Muskel aus ist quantitativ ziemlich herabgesetzt namentlich für den faradischen Strom. In den Streckmuskeln erzielt man dabei eine sehr langsam und träge erfolgende Zuckung; in den Strecker der Hand und Finger ist auch durch starke Ströme kaum eine Zuckung zu erzielen. Die mechanische Reizung der Muskeln in den nicht befallenen Partien ergibt eine lebhafte, rasche Zuckung, in dem atrophischen Gebiet besonders im Bereich des Radialis und Peronäus, eine sehr träge, langsam wellenförmig verlaufende Zuckung. Der Radialis ist beiderseits bei direkter Reizung und auf Druck schmerzhaft.

Der Bauchdeckenreflex ist erhalten, r.=l., Biceps-, Triceps-, Quadriceps- und Plantarreflex sowie Fußklonus fehlen.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper intakt, ebenso Orts- und Lagesinn, Schmerzempfindung und Temperatursinn. Schlaf und Appetit, sowie die Funktion von Blase und Mastdarm sind nicht gestört.

Der psychische Zustand wird durch folgende Unterhaltung charakterisiert:

Wo hier?	Im kgl. Gerichtsgebäude.
Was wollen Sie da?	Ich habe dem Böttcher gesagt, daß er mich anmelden soll bei Ihnen.
Wozu denn?	Damit Sie Bescheid wissen, da untersucht werden soll ich.
Wird denn auf dem Gerichte untersucht?	Ja, ich weiß es nicht, ist es denn nicht recht.
Sind Sie hier nicht im Krankenhause?	Nein.
Warum liegen Sie denn zu Bett?	Weil es sonst zu kalt ist.
Sind Sie denn nicht krank?	Gewiß.
Was fehlt Ihnen denn?	Das wissen Sie, meine Brüche.
Seit wann sind Sie denn krank?	Das ist gewesen den Tag vor Kaisers Geburtstag.
Welches Jahr?	Vor Neujahr.
Was schreiben wir denn für ein Jahr?	Ich kann es augenblicklich wirklich nicht sagen.
Wann sind Sie geboren?	16. April 1862.
Wie alt sind Sie jetzt?	28 Jahr.

Digitized by Google

ıo welches Jahr schreiben wir jetzt?	(Schweigt.)
sind doch schon älter, wie alt denn?	Weiß ich nicht.
s schreiben wir denn für ein Jahr?	Mir wirbelt es ein bischen, ich bin zerstreut. 1892 vielleicht; wenn man das alles wissen soll, dann fängt es an zu wirbeln.
ınen Sie mich?	Ja.
heiße ich (Arzt) denn?	Herr Strampel.
s bin ich denn?	Gerichtsschreiber am Kgl. Amtsgericht.
wann kennen Sie mich?	Ich kenne Sie von früher, wie das neue Gericht hier angelegt ist; ich habe Sie auch in Eckernförde gesehen.
ist das (Wärter)?	Das ist Herr Koppmann, der hat mich oft gehauen in der Schule, der konnte mich früher zwingen; wir sind zusammen in die Schule gegangen.
ist der her?	Aus Wetterndorf.
sind Sie her?	Aus Hankensbüttel.
lange leben Sie da schon?	Da bin ich geboren.
sind Sie hier?	In Isenhagen auf dem Amtsgericht.
t man denn auf dem Gericht im ett?	Ja, die Gefangenen liegen hier im Bett und die Kranken.
Sie gefangen oder krank?	Ich bin krank.
fehlt Ihnen denn?	Ich bin überfahren.
wann sind Sie krank?	Seit 28. Januar.
hes Jahr?	Vergangenes Jahr.
Monate und Wochentage werden richtig aufgezählt, ebenso der jetzige at richtig angegeben.	
wann sind Sie hier?	Seit — ich bin erst heute gekommen, oder heute Mittag.
waren Sie gestern?	Zu Hause.
haben Sie da getan?	In der Werkstatt gearbeitet.
Sie liegen doch schon lange zu tt?	Ich gehe im Hause umher.
haben Sie gearbeitet?	In der Tischlerei.
Sie können ja die Hände nicht hren?	O doch, wenn sie erst in Bewegung sind.
önnen ja nicht gehen, nicht stehen, ht selbst essen, doch auch nicht beiten?	O doch, ich kann das alles, wenn ich erst warm geworden bin (lacht dabei).
Sie nicht hier in Göttingen?	Nein.
ben Sie das nicht?	Nein.
lügen wir Sie an?	Das glaube ich nicht.

Digitized by Google

Sie sind hier in der Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen.	Das glaube ich nicht, das Lokal ma so heißen.
Waren Sie nicht vorher in Lüneburg?	Ja.
Wann denn?	Weiß ich nicht.
Wo haben Sie denn Weihnachten zugebracht?	Zu Hause.
Nein, Sie waren in der Anstalt in Lüneburg.	Nein, da bin ich noch nie gewesen
Seit wann sind Sie denn aus Hankensbüttel weg?	Seit heute Mittag, gleich nach de Essen, kurz vor 1 Uhr.
Welche Zeit haben wir jetzt? (Nachmittag 5 Uhr.)	Das weiß ich nicht, so etwa 2 Uh
Wann essen Sie hier zu Mittag?	Um 12 Uhr.
Wer hat Ihnen heute Mittag das Essen gereicht?	Ich esse allein.
Nein, Sie sind gefüttert. Welcher Wärter hat Sie denn gefüttert?	Das ist nicht wahr, ich esse allein.
Haben Sie mich heute schon einmal gesehen (früh und mittag)?	Das wüßte ich nicht, daß ich Sie heut schon gesehen hätte.
Habe ich Sie heute nicht elektrisiert? (Vor 1/2 Stunde.)	Nein.
Wissen Sie das nicht mehr?	Nein, Herr Busse hat mich elektrisie mit seinem Apparat, der Lehrer au Wiersdorf.
In welchem Zimmer?	Das weiß ich nicht, ich glaube. Si haben einmal reingeguckt.
Wissen Sie nicht, daß Sie schon Wochen hier zu Bett liegen?	Nein, das heißt, das kann nicht sein
Warum liegen Sie denn hier zu Bett?	Ich kann es nicht so lange aushalte zu stehen.
Sind Sie nicht heute auf einer Tragbahre einmal hier herausgetragen?	Nein.
Sie haben doch gesagt, Herr Busse hätte Sie heute elektrisiert?	Ja.
Ist das hier gewesen?	Nein.
Wo denn?	In Eckernförde.
Wie sind Sie denn dahin gekommen?	Mit einem Wagen; ich habe mir ei Gespann geben lassen.
Was sind Sie?	Tischler.
Haben Sie ein eigenes Geschäft?	Nein, bislang nicht.
Bei wem haben Sie gearbeitet?	Ich arbeite bei Tischlerm. Cordes in H
Was verdienen Sie?	Die Woche 7 M. und alles frei.
Sind Sie verheiratet?	Ich bin Wittmann.

Digitized by Google

eit wann?	Seit . . ., wann ist nur meine Frau gestorben? Ich kann das Datum nicht sagen.
aben Sie Kinder, wieviel?	Ja, acht.
ein, es sind nur drei, ist das richtig?	Drei habe ich zu Hause.
ie heißen sie denn?	Ja, warten Sie einmal, Heinrich, Friedrich, . . . (besinnt sich lange Zeit) der kleine heißt . . . der heißt . . . der kleine wird Wilhelm genannt, das ist der vierte.
sind doch nur drei?	Einer ist in Ülzen bei meiner Schwester, das ist der vierte. Drei sind tot, dann sind es sieben.

Die Zahl 217 behält Patient, während fünf Zwischenfragen gestellt rden.

ann sind Sie konfirmiert?	1876.
o haben Sie gelernt?	In H. bei Tischermeister Hornbostel.
as war 1870/71 für ein Krieg?	Mit Frankreich, da war ich zwölf Jahre alt.
as war voriges Jahr für ein Krieg in Afrika?	Weiß ich nicht.
aben Sie nichts vom Burenkrieg gehört?	O ja.
ie ist denn der Krieg ausgegangen?	Der ist doch wohl zugunsten Englands ausgegangen.
ieviel ist 2×4? $= 8$. 4×16? $= 64$.	
9 Mark zu 3% Zinsen für 1 Jahr?	9 Mark.
enn Sie 1862 geboren sind und wir chreiben jetzt 1903, wie alt sind Sie dann?	41 Jahr.
elches Holz ist das beste, um Möbel daraus zu machen?	Das wird meist aus Kiefern gemacht.
elches Holz ist das teuerste?	Eichen, wenigstens was Grundholz ist.
as kostet es?	$2\frac{1}{2}$ cm dick kostet der Quadratfuß 12—15 Pf., $4\frac{1}{2}$ cm dick 20 Pf., das ist der gewöhnliche Preis.

20. Oktober 1903. Patient ist jetzt imstande, aufzustehen, selbständig essen und mit Unterstützung zu gehen. Da der Radialis noch immer ktionsunfähig ist, wird derselbe faradisiert.

31. November 1903. Patient ist im allgemeinen gut orientiert und wird noch bisweilen erregt, wenn man ihn nach den Wilddieben fragt, die das lz gestohlen haben, eine Idee, die er früher im Beginn der Erkrankung äußert hat. Was daran wahr ist, ist nicht festzustellen. Gewicht 117 Pfd.

20. Januar 1904. Patient konfabuliert neulich, er sei zu Hause gewesen;

Digitized by Google

seine Maschine sei verbrannt, er habe einen Schaden von 4000 Mark, d aber bezahlt sei.

31. Mai. Das körperliche Befinden hat sich etwas gebessert. Die B wegungen sind freier geworden, wenn auch der Gang noch sehr ataktisch is

10. August. Patient wird zur Villa II verlegt.

9. September. Patient hat sich auf der Villa gut gehalten. Nur kost der Transport treppauf und treppab immer einige Mühe.

22. Oktober. Konfabulationen ungleichmäßig. Während Patient v 14 Tagen über seinen Aufenthalt in der Anstalt genau orientiert war, gil er heute an, daß er hier bereits zum zweiten Male sei. Er habe vor einig Wochen Urlaub bekommen, um zu Hause nach dem Rechten zu sehen. B der Rückkehr zur Anstalt habe er sich verirrt. Er sei nämlich in ein anderen Anstalt, etwa drei Stunden von hier entfernt, gewesen, habe do eine Nacht geschlafen und sei am andern Morgen wieder nach hier gekommen Zweifel hieran reizt ihn zum Zorn.

28. Dezember. Patient war bei der Weihnachtsfeier sehr rührselig; i übrigen leicht erregbar. Auf seine Krankheit kommt er ungern zu sprechen

29. Januar 1905. Patient glaubt, daß dies die erste Anstalt sei, in d er sich befindet. Es gelingt nicht, seine Erinnerung an den Aufenthalt i Lüneburg wachzurufen. Über den Beginn seiner Erkrankung kann er kein Angaben machen. Gleich nach seiner Ankunft hier will er von einem grobe Unglück, das sein ganzes Geschäft vernichtete, gehört haben. Er habe dann sofort wieder Urlaub bekommen und sei nach Hause gefahren. Den Einwand daß er damals völlig gelähmt gewesen sei, läßt er nicht gelten. Auf de Rückreise habe er sich verlaufen und sei in einer andern Anstalt gewesen Infolge jenes Unglücks will er auch seine drei blühenden Jungens verlore haben. Seine Frau sei kurz vor seiner Übersiedelung nach Göttingen ge storben. Seine Umgebung ist ihm jetzt bekannt. Konfabulationen, die di letzte Zeit betreffen, sind nicht vorhanden. Seine Merkfähigkeit für Zahle ist gut. Längere Sätze gibt er dem Inhalte nach wieder. Ein Intelligenz defekt läßt sich nicht nachweisen. Durch die Zeitungen hat er sich stet von den Ereignissen der Außenwelt unterrichtet, so daß er hier ziemlich orientiert ist. Sein Urteil über seine Lage ist normal. Die Schwere seine Erkrankung und die geringe Aussicht auf völlige Wiederherstellung sind ihm bekannt, ebenso die Ursache derselben, und er kann sogar die Diagnos nennen. Doch ist er in bezug auf die Konfabulationen ganz unbelehrbar und wird durch Widersprechen sehr gereizt. Eine leichte Reizbarkeit ist jetz überhaupt bei ihm auffällig.

22. Februar. Faradische Untersuchung ergibt:

Links Ulnaris kräftig.	Rechts Ulnaris < links.
„ Radialis schwach.	„ Radialis fehlt.

Galvanische Untersuchung: an den Armen Entartungsreaktion.

4. April. Ohne wesentliche Änderung. Psychischer Zustand wie am 29. Januar. Patient entsinnt sich der damals geführten Unterhaltung noch gut,

Digitized by Google

31. Mai. Gegenüber dem früheren Zustande (besonders Status vom 6. Januar 1903) zeigen sich hauptsächlich folgende Veränderungen.

Patient sieht wohlgenährt und zufrieden aus. Das Fettpolster ist ziemlich gut entwickelt. Die Haut ist straff und von normalem Aussehen. Körpergewicht 132 Pfd. Über Schmerzen wird nicht geklagt, auch nicht bei Druck auf Muskeln und Nerven. Patient kann sich ohne Unterstützung frei bewegen, selbst Treppen steigen. Der Gang ist allerdings noch sehr ataktisch. Die Atrophien der Muskulatur am Rumpf und den Extremitätengürteln sind kaum noch nachzuweisen. Am Rücken springt die Leiste der Dornfortsätze nicht mehr außergewöhnlich vor. Aus der horizontalen Rückenlage kann Patient sich bequem aufrichten und in den verschiedensten sitzenden Stellungen ohne Ermüdung längere Zeit verharren. Nur beim Pectoralis ist noch ein Schwund der unteren Partie auffällig. Doch ist seine Funktion ziemlich gut. Erheben des Armes bis zur Horizontalen und Senkrechten ist mit Leichtigkeit auszuführen. Alle Bewegungen im Schulter- und Ellenbogengelenk erfolgen mit ziemlicher Kraft, zum Teil allerdings etwas ruckweise. Dabei hängen die Hände unbeholfen in Beugestellung an den Armen. Streckung und Ulnarflexion der Hände sind links eben möglich, aber ohne jede Kraft, rechts nur bis zur Hälfte. Die Radialflexion ist gar nicht möglich. Dem entspricht am Vorderarm ein deutlicher Schwund des normalerweise stark vorspringenden Wulstes der Radialmuskeln. In der Ruhe werden die Finger in beiden Endphalangen gebeugt, in der Grundphalanx etwas überstreckt gehalten. Eine aktive Streckung der beiden Endphalangen ist nicht möglich, wohl aber die passive (Atrophie der Interossei und Lumbricales). Patient vermag die ihm gereichte Hand kräftig zwischen den beiden Endphalangen und der Handinnenfläche zu drücken. Es erfolgt dabei zugleich eine starke Beugung im Karpalgelenk, während die überstreckten Grundphalangen nur sehr wenig gebeugt werden; auch passiv gelingt dies nicht (Kontraktur in den Streckern, den Antagonisten der Interossei und Lumbricales). Von den Spreizbewegungen der Finger sind nur die Abduktionsbewegungen zwischen den drei letzten noch eben angedeutet. Die Interossei-Räume sind dementsprechend tief eingesunken. Ebenso ist die Tabatière sehr deutlich. Kleinfinger und Daumenballen fehlen fast vollständig. Dem Daumen fehlt vor allem die Opposition (Affenhand); ein sehr geringes Maß der übrigen Bewegungen ist erhalten. Es besteht somit an den Händen eine Kombination von „Klauenhand" und „Affenhand"; neben dem stark betroffenen Radialis sind auch Ulnaris und Medianus in einer ziemlich häufigen Form beteiligt.

Der Umfang des Armes hat gegen früher bedeutend zugenommen. So beträgt der Umfang des

Oberarms	r.	26,5	(früher	20,0)	cm	l. 25,5	(früher	20,0) cm
„	„	22,5	(„	19,0)	„	„ 22,0	(„	20,0) „
Unterarms	„	23,5	(„	19,5)	„	„ 23,0	(„	19,5) „
„	„	21,0	(„	17,0)	„	„ 20,5	(„	17,0) „
der Hand	„	22,0	(„	19,0)	„	„ 22,0	(	19,0) „

Digitized by Google

Die Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk sind frei und werden mit ziemlicher Kraft ausgeführt. Der Fuß befindet sich in mäßiger Equino-varus-Stellung. Die Fußspitzen hängen schlaff herab, und zwar die fibulare Seite mehr als die tibiale, so daß zugleich Supination besteht. Plantarflexion ist gut möglich, Dorsalflexion nur an der tibialen Seite, so daß dabei die Supinationsstellung noch stärker wird. Es fehlt also die Wirkung der Peronaei und des Ext. comm., während der Tibial. ant. leidlich erhalten ist. Dem entspricht auch eine sichtbare Atrophie der betreffenden Muskeln in Form einer länglichen Einsenkung lateralwärts von der oberen Tibiakante. Aus dieser Stellung des Fußes erklärt sich auch wohl zum größten Teil der eigentümlich breitbeinig-ataktische Gang des Patienten, der, um die Fußspitzen vom Boden zu bekommen, die Beine im Hüft- und Kniegelenk ungewöhnlich stark beugen muß (Steppergang).

Der so bedeutend gebesserten Funktion der unteren Extremität entspricht auch eine erhebliche Zunahme ihrer Maße. So beträgt der Umfang des

Oberschenkels	r.	50,0	(früher	39,0)	cm	l. 49,5	(früher	40,0) cm
„	„	43,5	(„	30,0)	„	„ 43,0	(„	30,0) „
„	„	33,0	(„	29,0)	„	„ 33,0	(„	29,5) „
Unterschenkels	„	32,5	(„	25,0)	„	„ 33,0	(„	26,0) „
„	„	27,5	(„	26,0)	„	„ 27,5	(„	26,0) „

Elektrische Untersuchung: Bei indirekter Reizung ist die Erregbarkeit des Ulnaris und Medianus ziemlich, die des Tibialis und Peronäus noch nicht ganz zur Norm zurückgekehrt; die des Radialis ist rechts für beide Stromarten erloschen, links sehr schwach, so daß erst bei sehr starken Strömen eine kaum merkliche Reaktion eintritt (für den galvanischen Strom bei 8 ma). In den funktionstüchtigen Muskeln erfolgt bei direkter Reizung eine rasche und prompte Zuckung; dabei ist Ka S Z stets > A S Z. In den atrophischen Muskeln ist die Erregbarkeit ganz erloschen oder sie tritt in einzelnen Fällen erst bei sehr starken schmerzhaften Strömen angedeutet auf.

Von den Reflexen sind Bauchdecken- und Cremasterreflex deutlich. Triceps- und Quadricepsreflex nur angedeutet.

Das psychische Verhalten zeigt kaum eine Veränderung gegenüber den Angaben vom Anfang dieses Jahres. Über seine Umgebung ist Patient orientiert; er kennt die Wärter, den Arzt und kann auch seine früheren Ärzte genau aufzählen.

Seit wann hier?	Den 1. Juli werden es drei Jahre.
Haben Sie stets hier (Villa) gelegen?	Nein, erst seit Juli vorigen Jahres, vorher im Lazarett.
Wo früher?	Zu Hause.
Waren Sie nicht in Lüneburg?	Nein, da bin ich nie gewesen.
Wie sind Sie hierher gekommen?	Mein Vater hat mich hergebracht.

Ärztliche Behandlung zu Hause und Untersuchung durch den Kreisarzt wird in Abrede gestellt.

Digitized by Google

Wie alt? 40 Jahre.	Geboren? 16. April 1862.
letzt.	1902, letzter Mai.
lorgen?	Himmelfahrt.
'fingsten?	In zehn Tagen.
laben Sie Kinder?	Drei Jungens, die sind tot.

Über Zeit und Umstände ihres Todes weiß Patient nichts Genaues nzugeben. Er bringt ihn in Zusammenhang mit jenem Unglück, wo seine)reschmaschine vernichtet und ein Bauerngehöft eingeäschert worden sei. Sein 'ater habe damals einen jüngeren Bruder des Patienten, einen Hamburger ellner, mit der Maschine losgeschickt. — Auch jetzt habe er zu Hause eine laschine.

'as sind Sie?	Tischler.
aben Sie ein eigenes Geschäft?	Ja, ich hatte mehrere Gesellen und Lehrlinge.
'eshalb haben Sie die Drescherei angefangen?	Wegen Überkonkurrenz. Es waren zwei Möbelmagazine im Dorfe.

Die Zahl 347 wußte Patient nach viertelstündiger Unterhaltung noch. s gelingt nicht, die Erinnerung an Konfabulationen aus der ersten Zeit iner Krankheit wachzurufen.

Bei unserm durch Trunksucht in der Familie etwas belasteten ranken tritt im besten Mannesalter (40 Jahr) nach mehrjährigem lkoholmißbrauch eine intensive Polyneuritis auf, der sich erst ele Monate später eine psychische Störung hinzugesellt. Über n Beginn der letzteren ist außer dem Bestehen großer Reizbar- it nichts Näheres in Erfahrung zu bringen. Der Umstand, daß äter gelegentlich nächtliche Delirien vorgekommen sind, könnte ich auf solche im Beginn der Erkrankung schließen lassen. Bei r ersten Untersuchung (durch den Kreisarzt) bot der Patient reits das typische Bild der *Korsakow*schen Psychose.

Am auffälligsten war dabei die intensive Gedächtnisstörung r die jüngere Vergangenheit und die große Neigung zu Kon- bulationen bei gleichzeitiger Unorientiertheit. Dagegen war die mentane Merkfähigkeit, besonders für Zahlen und Sätze, nicht tief herabgesetzt. Aber die von der Außenwelt neu auf- nommenen Wahrnehmungen wurden nur minimal kurze Zeit s Vorstellungen festgehalten; eine Verwertung zur Urteilsbildung ar daher nicht möglich. Durch die mehr oder weniger aus- sprochene retroaktive Amnesie war der Zusammenhang mit der rgangenheit jäh unterbrochen. Es ist deshalb nicht zu ver- ndern, daß der Kranke über Zeit und Ort nicht orientiert ist.

Digitized by Google

Merkwürdig ist nur dabei das Fehlen der Ratlosigkeit. Man trifft dasselbe häufig, wenn die Assoziation so weitgehend gestört ist, daß ein Nachdenken der Kranken über eine Situation überhaupt nicht möglich ist. Auf Fragen antwortete der Kranke prompt und schnell und füllte dabei die Lücken seiner Erinnerung durch meist stets wechselnde momentane Konfabulationen aus, die er aber fast ebenso schnell wieder vergaß. Auch um die Deutung seiner Umgebung ist er nicht verlegen. Doch verkennt er dieselbe stets im Sinne einer vergangenen Situation. Der Kranke lebt eben entsprechend der ausgelöschten Erinnerung für die Zeit kurz vor und während seiner Erkrankung ganz in der Vergangenheit. So gab er entsprechend seiner zufriedenen und gehobenen Stimmung stets in früher gewohnter Weise an, soeben etwas Tüchtiges geleistet, in der Werkstatt gearbeitet oder einen weiten Weg gemacht zu haben, obwohl er doch bereits Wochen und Monate zu Bett lag und Hände und Füße kaum rühren konnte. Das Krankenhaus hielt er z. B. für das ihm bekannte Amtsgericht seiner Heimat und deutete die Personen seiner Umgebung entsprechend. Als gewöhnliche Ursache dieser Konfabulationen ist wohl der Erinnerungsdefekt und das unbewußte Bedürfnis anzunehmen, diese Lücke auszufüllen (*A. Pick* (18).

Nur gelegentlich kamen anscheinend nicht aus Verlegenheit, sondern vielmehr ganz spontan Konfabulationen von eigenartigem phantastischen Charakter zum Vorschein; so: der Kaiser käme — er sei auf der Jagd gewesen — er habe sich in eine andere Anstalt verirrt — zu Hause sei ein großes Unglück durch seine Maschine angerichtet. — Es liegt nahe, anzunehmen, daß es sich hier um Erinnerungen oder Umdeutungen von Traumerlebnissen handelt.

Für die ältere Vergangenheit ist das Gedächtnis ohne Lücken. Die momentane Aufmerksamkeit ist stets gut. Patient faßt die an ihn gerichteten Fragen schnell auf und beantwortet dieselben schnell und formell richtig. Seine Intelligenz ist ganz seinem Stande und seiner Bildung entsprechend.

Über den bisherigen Verlauf der Erkrankung ist folgendes zu bemerken.

Die sehr schwere Neuritis ist verhältnismäßig gut abgelaufen

Digitized by Google

Störende Atrophien sind nur an den Streckern der Hände und Füße, sowie an den kleinen Handmuskeln bestehen geblieben. Der früher völlig hilflose Patient kann sich jetzt frei bewegen, sich selbst bedienen und auch einfache Verrichtungen erledigen.

Das psychische Verhalten weist auch große Fortschritte auf. So traten sehr bald die massenhaften Konfabulationen zurück. Der Patient orientierte sich nach und nach über seine Situation. Aufenthaltsort, Umgebung, sein Zustand, dessen Ursachen und seine geringen Aussichten auf völlige Wiederherstellung sind ihm bekannt. Durch die Zeitungen hat er sich auch einigermaßen über die jüngsten Ereignisse der Außenwelt informiert. Aber ein kleiner Fleck in seiner Erinnerung ist doch geblieben, und zwar umfaßt derselbe die letzten Jahre vor der Erkrankung und das Höhestadium derselben. Die Übergänge sind nicht scharf. Manche Ereignisse aus dieser Zeit sind dem Patienten zwar bekannt, aber er kann sie zeitlich nicht genau lokalisieren. Über die Jahreszahl ist er heute noch nicht orientiert; er gibt stets 1902, das Jahr seiner Erkrankung, an. Auffällig ist, daß der Patient an einzelnen Konfabulationen der späteren Zeit ganz im Gegensatz zu dem Höhestadium seiner Erkrankung dauernd festhält und über sie nicht zu belehren ist. Ob diese Wahnideen noch verlassen werden, steht abzuwarten. Ob überhaupt die Besserung noch eine sehr viel weitergehende sein wird, ist schwer zu sagen. Man sollte meinen, daß jetzt nach dreijährigem Bestehen der Degenerationsprozeß der geschädigten Nerven und Muskeln vollendet und der jetzige Zustand ein dauernder sei. Andererseits lassen sich noch weitere, wenn auch wohl nur geringe Fortschritte erhoffen. Auf eine Restitutio ad integrum ist natürlich nicht zu rechnen.

In ätiologischer Hinsicht ist noch bemerkenswert, daß auf beiden Augen eine ausgesprochene Retinitis albuminurica besteht, allerdings ohne daß es gelungen ist, Eiweiß im Urin nachzuweisen. Herr Prof. *Cramer* (19) hat in einem Referat über unseren Fall (in der Medizinischen Gesellschaft in Göttingen) hierauf besonders hingewiesen und wie früher schon *Jolly* (14) und später besonders *Raimann* (5) betont, daß es sich bei der *Korsakow*schen Psychose um eine Veränderung der chemischen Zusammensetzung

Digitized by Google

des Blutes handeln müsse, die, wie auch bei Delirium tremens, auf infektiöse Prozesse zurückzuführen sei.

Unser Fall, im ganzen ein typisches Beispiel der echten *Korsakow*schen Psychose, ist somit von besonderem Interesse deshalb, weil er eine längere Zeit hindurch hat beobachtet werden können und der Verlauf gezeigt hat, daß selbst in so schweren Fällen die neuritischen Störungen einer sehr weitgehenden, die psychischen wenigstens einer teilweisen Besserung fähig sind.

Zum Schluß möchte ich nicht verfehlen, Herrn Professor Dr. *Cramer* für die freundliche Überlassung des Themas und Herrn Oberarzt Privatdozenten Dr. *Weber* für seine gütige Beratung meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Literatur.

1. *Tiling*, Über die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46.
2. Berliner klin. Wochenschr. 1885.
3. *Korsakow*, Über eine besondere Form psychischer Störung, kombiniert mit multipler Neuritis. Archiv f. Psych. Bd. 21, 1900. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46 u. 47.
4. *Boedecker*, Zur Kenntnis der akuten alkoholischen Augenmuskellähmung. Charitée-Ann. 1892 Bd. 16.
5. *Raimann*, Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 2.
6. *Elzholz*, Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 15.
7. *Korsakow-Serbski*, Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 1892 Bd. 48.
8. *Tiling*, Allg. Ztschr. f. Psych. 1892 Bd. 48.
9. *Gudden*, Archiv f. Psych. u. Nervenheilkunde. Bd. 28.
10. *Redlich*, Wiener klin. Wochenschr. 1896, Nr. 27.
11. *Mönkemüller*, Kasuistische Beiträge zur polyneuritischen Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. 1898 Bd. 54.
12. *Schultze*, Berliner klin. Wochenschr. 1898, Nr. 24.
13. *Lückerath*, Neurol. Zentralbl. 1900, Nr. 8.
14. *Jolly*, Charitée-Ann. 22.
15. *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie. 1900.
16. *Bonhoeffer*, Die Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. 1901.
17. *Bonhoeffer*, Allg. Ztschr. f. Psych. 1904, S. 744.
18. *Pick*, Neurol. Zentralbl. 1905, S. 509.
19. *Cramer*, Deutsche Medizin. Wochenschr. Vereinsbeilage Nr. 19, 1903.

Digitized by Google

Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen.[1])

Von

Dr. med. **Heinrich Gottgetreu,** Arzt in Münster, Oberlahnkreis.

Im Kindesalter sind einfache Seelenstörungen, welche nicht mit rosen oder anderweitigen Erkrankungen Hand in Hand gehen mit Genesung endigen, immerhin ein seltenes Vorkommnis, nal bei jüngeren Kindern. Die Veröffentlichung eines der-igen Falles darf daher auf einiges Interesse rechnen.

Es handelt sich um den am 3. September 1893 geborenen benmalerssohn Ernst A. aus Altenburg.

Erbliche Belastung betreffend ist weiter nichts zu ermitteln, als daß Mutter des A. nach Angabe ihres Mannes sehr nervös und leicht reizbar soll. — Der Knabe litt im zweiten Lebensjahre an Rachitis und lernte nach Vollendung des zweiten Jahres sprechen. Mit drei Jahren über-d er eine Lungenentzündung. Sonst war er gesund bis Ende Oktober 0: damals stürzte der Knabe, welcher im ersten Schuljahre stand, im el von einem Treppengeländer herunter. Er fiel aufs Kinn und zog sich Gehirnerschütterung zu. Eine halbe Stunde soll er wie tot dagelegen en: später delirierte er. Das Krankenlager dauerte einige Wochen. Nach Unfall wurde sein Gedächtnis schlechter. Der Knabe vergaß leicht, man ihm gesagt hatte. Er blieb deshalb in der untersten Schulklasse en und wurde auch ein Jahr später nur seines Alters wegen, wie der rer sagte, in die siebente Klasse versetzt. Hier soll er aber besser, „ganz otig", gelernt haben.

Im Sommer 1902 fiel es dem Vater auf, daß der Knabe öfters unartig Erregungszustände hatte er damals noch nicht.

Die ausgesprochene Erkrankung datiert der Vater erst vom Mai 1903 Sie hatte sich bis dahin allmählich entwickelt.

Er machte viele Dummheiten; zeitenweise war er sehr unruhig, sprang mehrere Stunden umher. Zu andern Zeiten stierte er anhaltend auf einen

---

[1]) Aus dem Genesungshause zu Roda, S.-A.

Digitized by Google

Fleck, ohne ein Wort zu sprechen. Mehrmals lief er von Hause weg und kam erst spät abends wieder.

Einmal kletterte er sogar auf das Dach. Im Juli wurde der Knabe zur Kur nach Frankenhausen geschickt. Dort soll sich sein Zustand aber eher verschlimmert als gebessert haben.

Krämpfe, überhaupt Erscheinungen von Epilepsie sind niemals bei dem Kranken beobachtet worden.

Die vorstehenden anamnestischen, im wesentlichen vom Vater herrührenden Angaben werden durch das ärztliche Aufnahmezeugnis vom 18. Juni 1903 bestätigt. Nach diesem ist die Geisteskrankheit auf die anno 1900 erlittene Gehirnerschütterung zurückzuführen.

Sie hat sich allmählich entwickelt und äußert sich namentlich in wöchentlich mehrmals wiederkehrenden heftigen Erregungszuständen von zwei- bis sechsstündiger Dauer. Während dieser Anfälle sieht er sich von Feuer bedroht, will ins Wasser springen — er hat z. B. in Frankenhausen mehrmals versucht, in einen Teich zu springen, ohne hinterher zu wissen weshalb — schlägt um sich, schimpft usw. Er spielt gern mit Feuer.

Der Schlaf ist gut. Die Pupillen reagieren träge, die rechte ist etwas weiter als die linke. Häufig stolpert er und fällt hin.

Wegen der dem Kranken und seiner Umgebung in solchen Zuständen drohenden Gefahr wird er der Anstalt Roda überwiesen.

Aufnahme in Roda am 9. Juli 1903.

Status praesens: Pupillen reagieren prompt und ausgiebig. Reflexe nicht gesteigert. Sprache deutlich. Perkussion des Kopfes wird als schmerzhaft angegeben. Kleine Narbe am Kinn. Sonst körperlich nichts Bemerkenswertes. Die Intelligenz scheint dem Alter entsprechend entwickelt zu sein.

11. Juli. Auf die Frage ob er Schmerzen habe, erwidert er: „Im Halse es ist mir, als ob ich einen Zug hätte, es ist zu; es pfeift immerzu; von gestern habe ihm der Bauch weh getan." — Wie kam das? „Im Bauch hat jemand geredet. Komm her! Das sagen sie immer. Gestern im Halse da war ein Zug. Es raucht immer, es brennt immer in den Hosen. — Einen Versuch, sich die Sinnestäuschungen zu erklären, macht er nicht; es kommt ihm aber selbst komisch vor, daß jemand in seinem Bauche spreche. Wie ist der Schlaf? „Nicht immer gut. Es schüttelt immer so im Schlaf, da werde ich munter."

12. Juli. Patient ist aufgestanden; sein Verhalten bietet äußerlich weniger Auffälliges. Er springt im Garten umher, kommt aber Aufforderungen nach.

Ende Juli: Schlaf und Allgemeinbefinden gut. Patient hatte weiter keine Schmerzen, auch keine Sinnestäuschungen. Extractio dentis.

3. August. Abends hatte Patient ein Gefühl von Trommeln, es fing im Nacken an, und ging über die Mitte des Kopfes bis zur Stirn, er hörte auch das Trommeln. Daß es vor einiger Zeit in seinem Bauch gesprochen hat, hat er vergessen.

4. August Abends hat er wieder an derselben Stelle das Gefühl des

Digitized by Google

ommelns. Es war ihm, als ob ihm der Kopf zersplittere und zerplatzen irde.

10. August. Patient äußerte, er sähe eine Maus in der Ecke. Der Arzt ge ihm, es sei keine da, er solle danach greifen, sich überzeugen. Trotzm Patient vergeblich danach faßte, hielt die Sinnestäuschung mehrere nuten an.

14. August. Er habe Schmetterlinge gesehen. Ob wirklich welche dawesen sind, ist ihm zweifelhaft. „Die Schmetterlinge gehen mir so im pfe herum."

18. August. Springt viel herum, ist unfolgsam und oft unartig. Kratzt h die Haut an der Hand auf, hänselt andere Kranke. Wenn ihn der Arzt den letzten Tagen anredete, sagte er, er habe keine Zeit und wollte fortingen. Erst wie ihm Bettruhe in Aussicht gestellt wurde, gab er, wenn h widerwillig, Antwort.

20. August. Hat Feuer vor seinen Augen gesehen.

29. August. „Warum bin ich nach Amerika gefahren? Um 12 Uhr tern abend bin ich nach Amerika gefahren. In dem Bette hat man mich geschafft und nach Amerika gebracht. Du schaffst mich aber fort, daß nicht im Wasser ersaufe. Es sind andere Leute hier, die Leute reden erikanisch." Später sagte er, die Leute reden so wie ich. Wie redest denn? „Amerikanisch." — Es wird ihm klar gemacht, daß er in Roda Patient: Da unten ist Wasser (zeigt auf eine Pfütze im Garten draußen) s ist Groß-Amerika — das ist Klein-Amerika — das ist die Schweiz — ist Hamburg. Ich gehe nach Schleiz, da wohne ich. — Amerika ist h weit entfernt, so schnell kann man doch nicht hinkommen? „In ein r Minuten kommt man nach Amerika. Fischer (Name eines andern ndlichen Kranken) habe ich mitgenommen." Ob ihm Stimmen das gesagt ten, so wie damals, als es in seinem Bauche redete? „Das war vor drei ren."

31. August. Patient sagt, er sei in Rußland. Du bist doch in Roda. ich bin auch in Roda." Gestern sagtest du doch, du seist in Amerika. h weiß es selber nicht." Zeitlich völlig orientiert. Schreibt und liest lich, etwa dem Alter entsprechend. Rechnet: $3 + 3 = 6$, $3 \times 3 = 9$, $2 = 6$, $4 \times 2 = 8$, $6 \times 6 = 66$, $3 \times 6 = 18$.

1. September. Behauptet in Hamburg zu sein. Du bist in Roda. „Das gestern gewesen." In der Folge antwortet er auf die bezüglichen Fragen istens „Weiß selber nicht."

2. September. Glaubt noch in Hamburg zu sein. Sonst wohne er in enburg. Wie er dazu gekommen ist, Schleiz als seinen Wohnort anzuben, weiß er nicht.

3. September. Sagt jetzt, er sei in Roda, warum er andere Angaben macht hat, wisse er nicht.

5. September. Sucht im Garten eine Maus fortzujagen. (Eine Maus r nicht da.)

Digitized by Google

6. September. Patient: „Wo ist mein Vater, er ist doch fortgerannt" Hast du ihn deutlich gesehen? „Ja." Wann denn? „Vorhin, er war ja dort."

7. September. Bleibt dabei, gestern seinen Vater gesehen zu haben.

8. September. Erzählt, sein Vater habe ihm in der Nacht gesagt, daß er fort solle. Gibt schließlich zu, daß er möglicherweise geträumt habe.

9. September. Will wieder seinen Vater gesehen haben. Sagt von selbst, er wundere sich, daß der Vater so oft komme, da doch die Reise Geld koste.

10. September. Er hält seine Angabe aufrecht, daß er gestern im Garten seinen Vater gesehen habe; den Einwand, daß er dann doch mit dem Vater gesprochen haben würde, läßt er unerwidert.

11. September. Merkt auf Unterredungen des Arztes mit anderen Kranken, faßt deren Inhalt gut auf.

12. September. Behauptet, der Kranke D. habe ihm eine Rippe herausgeschnitten (zeigt dabei nach seinem Nacken).

14. September. Man solle ihm die Rippe wieder einsetzen, sonst werde er zusammenknicken.

15. September. Will wieder seinen Vater gesprochen haben. „Heute früh brannte noch die Lampe, da mußte ich hinuntergehen zu meinem Vater. Er stand draußen, er hat mir den Kaiser mitgebracht." Was soll das heißen? „Das ißt man. Er hat ein Rechenbuch, ein Schreibebuch und ein Tintenbuch mitgebracht." Was ist ein Tintenbuch? „Da schreibt man hinein . . ." Vorhin sagtest du, man hätte dir die Rippen wieder eingesetzt, wer hatte sie dir eingesetzt? „Der Doktor; die Rippen waren wie ein Lesebuch" — Patient verliert sich dann in zusammenhanglosen Faseleien. Äußert noch, der Vater werde morgen kommen und ihn abholen.

22. September. Sah abends vor seinen Augen schwarze Gestalten. „Es waren lauter schwarze Männer, da hatte ich Angst."

25. September. Patient reibt sich viel an den Fingern herum. Er hat sich bisher stets sauber gehalten.

27. September. Fährt sich mit der Hand um den Kopf, fürchtet sich, daß ihn die Leute tot machen könnten. Welche Leute? „Ich weiß selber nicht."

29. September. „Was machen denn die Leute an meinem Kopfe? Die stechen in den Kopf." Will das Gefühl haben, in den Kopf gestochen zu werden. Nach einigen Minuten gefragt, ob er Schmerzen habe, sagt er: „Ich weiß nicht."

3. Oktober. Wird jetzt mit Feldarbeit beschäftigt, worum er wiederholt gebeten hat. Auf dem Felde will er seinen Vater gesehen haben.

6. Oktober. Äußert dem Oberaufseher, er habe 14 Jahre in Rußland gelebt.

8. Oktober. Gibt auf Vorhalt, daß er doch auch erst zehn Jahre alt sei, zu, daß vorstehende Behauptung falsch ist. Warum er das gesagt habe

Digitized by Google

sse er nicht. Sinnestäuschungen und Schmerzen hat er in den letzten gen nicht gehabt.

24. Oktober. Patient ist, seitdem er arbeitet, artiger geworden. Er schäftigt sich auch etwas mit Schreiben und Lesen. Er ist örtlich und tlich vollkommen orientiert. Als man ihm nochmals seine Behauptung hielt, daß er in Groß- und Klein-Amerika gewesen wäre, räumte er ein, ches gesagt zu haben. Das sei vor vier bis sechs Wochen gewesen. Daß behauptet hat in Schleiz gewesen zu sein, hat er vollständig vergessen. tzt bin ich ganz gesund." Er erinnert sich wohl daran, daß es im Kopfe l Bauche geredet hat. Ob das krankhaft ist, vermag er nicht zu sagen. lenfalls ist es ihm lieber, daß es in seinem Innern nicht redet. „Jetzt bin ganz gesund, kann ruhig heim machen." Bist du früher krank gewesen? rüher war ich sehr ärgerlich, da neckten mich die Kinder. Darüber wurde sehr erregt, jetzt bin ich wieder ganz gut."

Ende Oktober. Keine Sinnestäuschungen. Betragen gibt zu Klagen ne Veranlassung.

4. November. Gibt über sein Vorleben geordnete Auskunft. Aus seinen ählungen sei folgendes mitgeteilt: Im Oktober 1900 hatte er einen Unfall tten. Er sei ein Geländer hinuntergerutscht, das habe er den anderen dern nachgemacht. Da sei er auf das Kinn gefallen. Es sei ihm später ihlt worden, daß er eine halbe Stunde wie tot dagelegen habe. Dann i Rudolf, er hat mich verbunden, er erschrak so. Nachher kam meine ter, die war auch krank. Wie dann der Onkel kam, da war ich schon unden. Hinterher kam die barmherzige Schwester. Dann bin ich jeden zum Arzt gegangen, der hat mich verbunden. Als sich der Unfall er- ete, sei er in der achten Klasse gewesen. In jenem Jahre blieb er n sitzen, dann wurde er nach der siebenten Klasse versetzt. Die siebente se machte er in einem Jahre durch. In dem Jahre will er stets gesund esen sein. Im Juli 1903 sei er mit mehreren Kindern in Begleitung einer nkenschwester nach Frankenhausen gefahren, dort hat er das Kyffhäuser- mal gesehen, das er für sein Alter gut beschreibt. Warst du aufgeregt? s wird im Juli gewesen sein." Weswegen? Das kann er nicht genau eben. Wie war es mit dem Feuer? „Ich sah Feuer, da schrie ich, da n ich eine Fahne und steckte sie ins Feuer, ich guckte mich um, da das Feuer nicht mehr an dieser, sondern an einer andern Stelle. Dann e ich die Fahne gesucht, fand sie aber nicht mehr." Du hast auch mit er gespielt? „Ja." Darf man das, kann man damit nicht ein Unglück chten? „Nein, das darf man nicht machen, ganze Scheunen kann man it abbrennen."

5. November. Erinnert sich nur zum Teil an seine abnormen Sensationen Sinnestäuschungen. Er weiß noch, daß es in seinem Bauch geredet hat. Kopfe, „da ging es so von hinten an, und es ging durch den ganzen f. Jetzt ist es wieder ganz gut". Patient bestätigt, daß es ihm so war, ob der Kopf hätte platzen wollen. Er entsinnt sich noch der Halluzination

Digitized by Google

von einer Maus, der halluzinierten Schmetterlinge dagegen nicht mehr. Warum warst du so unartig, und warum bist du so viel umhergesprungen? „Ich weiß nicht mehr warum." Daß er behauptet hat in Amerika gewesen zu sein, daran erinnert er sich im allgemeinen, an die Eizelheiten nicht mehr. Daß er manchmal seines Vaters Stimme gehört, und daß er seinen Vater gesehen hat, weiß er noch. Dazu gibt er auf Befragen an, wenn er seinen Vater gesehen, habe er seine Stimme nicht gehört, wenn er seines Vaters Stimme gehört habe, habe er ihn nicht zugleich gesehen. Wie verhält es sich mit der Rippe? „Ich meinte D. habe sie herausgenommen." Du wirst dich wohl damals geirrt haben? „Wahrscheinlich." Es besteht keine Empfindlichkeit des Kopfes auf Beklopfen mehr.

6. November. Für die Sinnestäuschungen usw. vom 15. September besteht keine Erinnerung mehr. Jetzt weiß er, daß der Vater nicht hier war. Wie war es mit den schwarzen Männern? „Zu Hause wurde mir immer bange gemacht, es käme ein großer Mann mit dem Sack, da würden die Kinder, die nicht folgten, hineingetan". Warum hast du dir die Finger wund gerieben? „Ich dachte, es steckt Gift darin, meine Eltern hatten mir früher Karbolumschläge gemacht, und da dachte ich, es stecke noch Karbol drin." Jetzt sieht er ein, daß er sich geirrt hat: „es steckt nichts mehr drin." Fürchtest du dich noch, daß dich die Leute totmachen könnten? „Nein, ich fürchte mich nicht mehr." Hattest du das Gefühl, daß du in den Kopf gestochen würdest? „Ja, damals hatte ich es." Sahest du auch Leute, die dich stachen? „Nein, gesehen habe ich keine."

18. November. Daß er zu Hause einmal auf das Dach geklettert ist, weiß er noch. Einen Grund dafür kann er nicht angeben. Wie der Vater kommt, um ihn abzuholen, freut er sich sehr, unterhält sich nett mit seinem Vater. Geheilt entlassen. Krämpfe oder Bewußtseinstrübungen sind auch während des Aufenthaltes in Roda nie beobachtet worden.

Daß die Genesung von Dauer gewesen ist, zeigt ein Brief des Vaters vom 14. Mai 1905: „. . Wir sind mit dem Befinden unseres Sohnes zufrieden. In der Schule geht es auch ganz gut vorwärts, er ist auch jedesmal mit versetzt worden. Er zeigt sehr viel Lust zur Arbeit, denn müßig herum stehen gefällt ihm nicht. Er hat sich eine Aufwartung gesucht, wo er den ganzen Tag ist, sowie er aus der Schule kommt. Er zeigt auch Lust zur Musik, wir haben ihm eine Mundharmonika gekauft, und was er hört, spielt er nach. Wenn es so bleibt, sind wir zufrieden."

Der vorstehende Fall ist den einfachen Seelenstörungen zuzurechnen. Mannigfaltige Halluzinationen des Gesichts, des Gehörs und des Gemeingefühls, letztere fast durchweg schmerzhaften Empfindungen entsprechend und zum Teil von dem Kranken in ganz eigenartiger Weise beschrieben, spielen eine große Rolle in dem Krankheitsbilde. Die einzelnen Sinnestäuschungen hält der Knabe auch den Einwänden des Arztes gegenüber hartnäckig fest.

Digitized by Google

drerseits tauchen Gegenvorstellungen in seinem Innern auf; so nderte er sich, daß der Vater so oft zu ihm komme, da die ise so viel Geld koste. Wenn er den Vater sprechen hörte, rde er ihn abholen; so bestimmen offenbar die auf die Heim-hr gerichteten Gedanken, sowie Wünsche des Kranken den halt der Halluzination. Ihrerseits üben die Sinnestäuschungen f die Stimmung des Kranken zum großen Teil keinen merklichen nfluß aus. Die „schwarzen Männer" setzen ihn in Angst, dabei t er deutlich an, daß er, bevor er dieselben gesehen, keine gst hatte. Eigenartig ist das „Gefühl eines Zuges im Halse": r Hals war dabei völlig gesund. Eine besondere Stellung mmt auch die Empfindung, als ob er zusammenknicken müßte, ter den Halluzinationen des Kranken ein; Verfasser hörte die nliche Klage einst von einem 15jährigen Knaben. Unser Patient rknüpft damit die Vorstellung, daß ihm — merkwürdigerweise Nacken — eine Rippe von einem andern Kranken, D., heraus-nommen worden sei. Weitere Ideen aber — etwa warum D. s getan haben sollte — verbindet er damit nicht. Die Reden s Kranken, in welchen er sich zum Teil samt seiner Umgebung fremde Länder versetzt, gehören in das Gebiet des Konfabu-ens. Da dieses Symptom besonders in der Zeit vom 29. August 2. September andauernd im Vordergrund steht, ist es ent-ieden als Krankheitserscheinung aufzufassen. Ein ganz vorüber-hendes Konfabulieren mag ja vielleicht auch einmal bei gesunden ndern zur Beobachtung kommen. Am 15. September gebraucht vereinzelte sonderbare Ausdrücke: „Tintenbuch" — „Kaiser", etwas was man ißt. Später erinnerte er sich daran nicht hr. — An seinem Benehmen fiel einige Zeit hindurch besonders , daß er sich viel an den Fingern herumrieb. Derartiges gilt bei Erwachsenen im allgemeinen als eine prognostisch ungünstige scheinung. Der Knabe gab später von selbst an, er habe dacht, es stecke Gift in den Fingern, das er durch Reiben be-itigen wollte. Sein unartiges und unfolgsames Wesen stellt sich dem vollkommen geordneten Verhalten während der Rekon-leszenz gleichfalls als Krankheitssymptom dar. Das Maß von rankheitseinsicht, wie es bei unserem Patienten sich entwickelte, irfte bei einem 10jährigen Knaben als genügend bezeichnet

Digitized by Google

werden. Die geistigen Fähigkeiten des Knaben entsprachen etw dem Durchschnitt seiner Altersstufe. Auch das Gedächtnis weis wenn auch seine eigenen Angaben über den Unfall (vgl. de 4. November 1903) als Erinnerungsfälschungen erachtet werde müssen, jetzt keine merklichen Mängel auf. Dies muß um so meh hervorgehoben werden, als sich im Anschluß an die Gehirn erschütterung der Anamnese nach zunächst eine schwere Merk störung eingestellt hatte, welche dem Knaben $1^1/_2$ Jahre hindurc das Fortkommen in der Schule unmöglich machte. Mit dere Schwinden sind dann im Sommer 1902 die ersten Vorboten de Psychose eingetreten, welche sich schleichend entwickelt hat un im Mai 1903 vollständig zum Ausbruch gekommen ist.

Es ist immerhin tröstlich, daß selbst solche schwere Psychosen bei Kindern nicht ganz selten in dauernde Genesung ausgehen In der Literatur über Kinderpsychosen finden wir hierfür vielfache Belege. Der erste einschlägige Fall wurde — soweit dem Ver fasser die Literatur zugänglich war — 1794 von Dr. med. *Willian Perfect* in London veröffentlicht mit dem Titel: „Merkwürdiger Fall von Wahnsinn nebst pragmatischen Erörterungen der ganzen befolgten Heilart." Ein 11jähriger Knabe war am 30. Januar nach nur eintägigem Prodromalstadium mit Gemütsdepression, Angst und Verwirrtheit erkrankt. Er klagte über Kopfschmerzen und Schwindel, der Schlaf war schlecht. Zeitweilig steigerte sich die ängstliche Unruhe zu heftigen motorischen Erregungszuständen. Im März verzweifelt, äußert depressive Wahnideen, hat Gespenster gesehen, böse Träume gehabt. 6. April. Reibt auffallend viel an seiner Nase herum, an der er ein Jucken empfinden will. Im Juni tritt Genesung ein.

Aus dem 19. Jahrhundert haben wir zahlreiche Arbeiten über Kinderpsychosen (*Steiner, Hasse, Finkelnburg, Tuczek, Leidesdorf, Cramer, Meschede, Emminghaus* und viele andere). Hervorgehoben sei die 1859 erschienene Abhandlung von *Güntz* über den Wahnsinn der Schulkinder. *Güntz* legt besonderen Nachdruck auf die sozialen und hygienischen Ursachen des Irrsinns. Im Verlaufe von 20 Jahren hat er acht Fälle bei fünf Knaben und drei Mädchen beobachtet. Unter andern beschreibt er einen Knaben mit einer depressiven Psychose: Sinnestäuschungen, dunkle Schreck-

Digitized by Google

ilder, Singen und Musikklänge vor den Ohren, häufige Gehörs-äuschungen (Stimmen der Angehörigen), sowie Vergiftungs- und Verfolgungsideen machten das Krankheitsbild aus. Ferner einen 1jährigen Knaben, Curt v. A., der ein ganz vertiertes Benehmen atte, sich auf der Erde herumwälzte und mit dem eigenen Unrat eschmierte, trotzdem aber völlig gesund wurde. — Der von *Behrends* beschriebene Fall betrifft einen 11jährigen Knaben; der-elbe hatte Visionen von Engeln und Teufeln; gab sonst vernünf-ge Antworten, war niedergeschlagen und furchtsam und konnte anze Tage zubringen, ohne sich zu regen. — In dem Fall von *föller* machte der Patient, ein 8jähriges Kind mit heftigen Angst-ıständen und Halluzinationen, sogar einen Erhängungsversuch. as Kind wurde gesund. — Eine Psychose bei einem 13jährigen rblich belasteten Knaben, die nach fünf Monaten in Genesung berging, beschrieb *Friedmann*. — *Danilos* Patient war 10 Jahre t, erblich gleichfalls behaftet. Der Knabe zog sich allmählich rück, suchte die Einsamkeit auf, aß immer schlechter, mußte hließlich mit der Sonde gefüttert werden, hielt Urin und Stuhl ı. Er schuf sich eine eigene Sprache, die aus deutschen, pol-schen, russischen und französischen Brocken zusammengesetzt ar: hörte Stimmen, sah weiße Figuren, die sich seinem Bette ıherten, ohne aber durch letztere erschreckt zu werden. Der nabe genas. — *Flemming* berichtet über einen 7jährigen Knaben, r an melancholischem halluzinatorischen Irresein litt. — Vielfach itt die Rolle der Sinnestäuschungen im Krankheitsbilde stark rvor, wenn man die Kasuistik überblickt. Die spezielle Er-heinung schwarzer Männer, so wie bei unserm Kranken, erwähnt ch *Reich*. — *Joachim* beobachtete Psychosen nach Scharlach, lche nach Röteln *Châtelain*.

Einen gleich dem unsrigen gewißermaßen noch den post-ıumatischen Psychosen zuzurechnenden Fall stellte *Hahn* im rein ostdeutscher Irrenärzte in Breslau vor.

1891. Ein 10jähriger Knabe war nach wiederholten Schlägen auf die ke Parietalgegend erkrankt.

15. Januar. Schläfrig und apathisch, später Angst, Gesichts- und Gehörs-ıschungen, glaubt, seine Mutter wäre gestorben.

Am 16. klarer bis zum Abend, dann zahlreiche lebhafte und wechselnde

Digitized by Google

Halluzinationen: sieht Katzen, Mäuse, Clowns, glaubt auf Pferden zu reiten. Zuckungen im rechten Facialis, rhythmisches Auf- und Zuklappen des Mundes.

17. Januar. Verbigeration, später heftige Angst: es nützt nichts, sie hängen mich auf, ich bin gebunden. — Allmähliche Beruhigung und gegen Ende Januar Genesung mit Krankheitseinsicht und ziemlich genauer Erinnerung.

Zum Schluß noch einige Worte über die Behandlung solcher Fälle. Diese muß eine expektative sein. Medikamente wird man womöglich weglassen. Haarseil, Aderlaß, wie sie *Perfect* neben Abführungsmitteln und Diureticis in seinem Falle angewandt hat, kommen vollends nicht mehr in Frage. Falls solche Kinder nicht in häuslicher Pflege bleiben können, erhebt sich die Frage der Unterbringung.

Die Irrenanstalt ist nicht recht geeignet, da das Zusammenleben mit den Erwachsenen auf die Kinder ungünstig einwirken könnte. In eine Idiotenanstalt gehören diese psychisch kranken Kinder erst recht nicht.

Psychiatrische Kliniken, wo eventuell Abteilungen für Kinder einzurichten wären, würden sich eher eignen; außerdem kommen die Kinderhospitäler in Betracht.

Hierdurch gestatte ich mir Herrn Direktor Dr. *Schäfer* für die Überlassung des Falles, wie Herrn Dr. *Degenkolb*, II. Arzt des Genesungshauses, meinen besten Dank für die Durchsicht der Arbeit auszusprechen.

Literatur.

1. *Friedmann*, Über Nervosität und Psychosen des Kindes. Münchener med Wochenschr. 1892 No. 21.
2. *Behrends*, Rusts Magazin No. XIV.
3. *Danilo*, Zur Lehre der Geistesstörungen im zweiten Kindesalter. Allgem Zeitschr. f. Psych. Bd. 50 S. 115.
4. *Flemming*, Bericht der psychiatrischen Sektion Leipzig. Allgem. Zeitschr f. Psych. Bd. 30.
5. *Reich*, Transitorisches Irresein bei Kindern. Berliner klin. Wochenschr 1881 No. 8.
6. *Châtelain*, Annales médico-psychol. par Baillarger et Lunier. 1870 Septemberheft.
7. *Joachim*, Über Psychosen nach Scharlach im Kindesalter. Neurologisches Zentralblatt 1889 No. 23.
8. *Hahn*, 55. Sitzungsbericht des Vereins ostdeutscher Irrenärzte vom 2. März 1891. Allgem. Zeitschr. f. Psych.

Digitized by Google

Das Verhältnis
er Involutionspsychosen zur juvenilen Demenz.

Von

Oberarzt Dr. **Georg Lomer,** Neustadt (Holstein).

Beim Durchblättern alter, weit zurückreichender Kranken-schichten fiel mir auf, daß bei zahlreichen chronischen Krank-heitsprozessen des reiferen Alters, speziell bei solchen, die man n klimakterischen und Involutionsvorgängen zur Last legt, ne Reihe von Krankheitszeichen vorkommen, welche uns sonst s dem Symptomenkomplex der Dementia praecox in ihren rschiedenen Formen angehörig bekannt sind. Diese Tatsache hien mir einer Nachprüfung wert, und ich bin ihr daher nach-gangen unter Berücksichtigung aller einschlägigen Fälle, welche ach dem 36. Lebensjahre erkrankten, und unter Aus-hließung aller derjenigen, welche erst als ausgebildete senile menz zur Beobachtung gelangten.

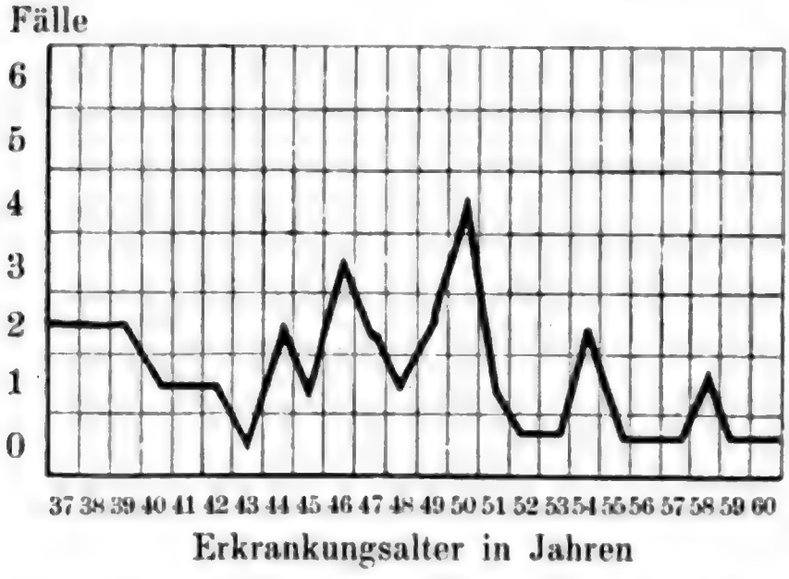
Meine Feststellungen erstreckten sich also auf ein genau nschriebenes Material, welches nur leider ausschließlich der rauenabteilung angehörte und 28 Fälle umfaßte.

Was zunächst die Verteilung des Erkrankungsalters anbetrifft, wird dasselbe, nach Jahren geordnet, aus nachstehender Kurve rsichtlich.

Die erste Hälfte dieser Kurve, bis zum 50. Lebensjahre, igt offenkundig eine steigende Tendenz zur Erkrankung, während den darauf folgenden Jahren ein wellenartiges Herabsinken icht zu verkennen ist.

Digitized by Google

Bemerkenswert scheint mir das vom 46. Jahre ab auftretende vierjährige Intervall der höchsten Erkrankungszahlen zu sein. Dieses Intervall ist auch für die voraufgehenden Jahre andeutungsweise nachweisbar; und gelegentlich des Studiums der Katatonie in einer früheren Arbeit[1]) fand ich, daß dasselbe Verhältnis — entweder präzise oder doch angedeutet — auch bei dieser Affektion eine Rolle spielt. (Mit dem 21. Jahre beginnend, fanden sich zwischen den Markierzahlen die Intervalle: 4, 3, 3, 4, 4, 4, 3, 4, 4, 4.)



Sollte dieses eigenartige Verhältnis bloßer Zufall sein? Sollte ihm nicht vielmehr irgendeine — noch nicht geklärte — innere Beziehung zugrunde liegen, indem der Rhythmus bestimmter physiologisch-pathologischer Funktionen auch ein rhythmisches An- und Abschwellen der Erkrankungsziffern nach sich zieht!?

Doch untersuchen wir unsere 28 Fälle zunächst einmal näher! — Bezüglich der Heredität ist zu bemerken, daß bei 9 von unseren Kranken (= etwa 32 v. H.) über eine etwaige Belastung nichts bekannt ist. Sie scheiden also aus. Bei 11 (= 39,2 v. H.) wird jede krankhafte Belastung direkt verneint. So bleiben also, als nachgewiesenermaßen belastet, nur 8 Fälle (!) übrig (= 28,5 v. H.).

Vergleichen wir mit diesen Resultaten die Feststellungen der vorhin zitierten Arbeit, mit ihren auffallend hohen Belastungsziffern (bei juveniler Demenz war erbliche Belastung durchschnittlich in 90,86 v. H. aller Fälle nachweisbar!), so läßt sich

[1]) Dr. *Gg. Lomer*, Untersuchungen über juvenile Demenz, mit einem Heilvorschlag. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie u. psych.-ger. Medizin Bd. 62, 1905.

Digitized by Google

daraus meines Erachtens schließen, daß: je stärker der heredi-
täre Faktor wirkt, in um so früherem Alter die geis-
tige Erkrankung einsetzt.

Dies drückt sich auch in der Art der Heredität aus, indem
von den genannten 8 Fällen nur in einem der Vater, in einem
anderen die Mutter krank war. Ebenso ist eine Erkrankung der
Mutterschwester sowie einer Base mütterlicherseits nur je einmal
erwähnt. Geschwisterliche Erkrankung dagegen findet
sich sechsmal.

Dieses Vorwiegen der geschwisterlichen Erkrankungen ohne
merkbare elterliche Abnormität ist unbedingt im genannten Sinne
zu deuten, wonach die später einsetzende Affektion einer ge-
ringeren Degeneration entsprungen scheint.

Was die Art der Affektion selbst betrifft, so fand sich in
der Verwandtschaft der acht Fälle: Geisteskrankheit 7 mal, Trunk
mal, Selbstmord 2 mal, Nervosität 2 mal. Geisteskrankheit
steht also obenan.

Nun zur Krankengeschichte der 28 Personen, welche sämt-
lich chronisches Material der Anstalt darstellen. 25 sind bezw.
waren verheiratet, 3 ledig. Bei 4 (= ein Siebentel) ist erwähnt,
daß sie immer reizbar, grüblerisch oder wunderlich gewesen
seien. 1 litt dauernd an Magen- und Kopfschmerzen (Chlorose?).

Ausgelöst wurde die psychische Störung bei 4 durch Im-
stichlassen seitens des Verlobten oder Ehemannes, bei 1 durch
den Tod eines Kindes. 3 mal datiert der Beginn des Leidens
mit der Menopause (einmal mit 38, zweimal mit 45 Jahren).
Es begann im letzten dieser Fälle mit regelmäßig auftretenden
Trigeminusneuralgien, an welche die geistige Störung sich nach
zwei Jahren anschloß. Im ganzen also bei 8 Fällen waren
sexuell betonte Erlebnisse oder mit den Genitalien in Zu-
sammenhang stehende Ereignisse der auslösende Faktor des
Leidens (= 28 v. H.).

Sehr auffallend ist die im Beginne des Leidens so häufige
Neigung zum Selbstmord, welche jedoch im weiteren Verlaufe
zurücktritt. In 6 Fällen kam es bis zum Versuch, in 6 weiteren
wurden entsprechende Gedanken geäußert. Im ganzen waren
demnach fast 43 Prozent notorische Selbstmordkandidaten

Digitized by Google

vorhanden. (Bei der juvenilen Demenz betrug der Prozentsatz im ganzen nur 19,7!)

Mehrfach war der Suizidversuch die erste Krankheitsäußerung. Gewöhnlich begann die Störung mit Unruhe, Schlaflosigkeit, allgemein verändertem Wesen. 4 Frauen warfen dem Gatten eheliche Untreue vor, 2 gaben sich selbst — im Gegensatz zu ihrem früheren Verhalten — mit anderen Männern ab. 2 wurden auffallend religiös. Bei 2 anderen waren akute Erregungszustände die erste ins Auge fallende Krankheitsäußerung. Häufig begann der Prozeß mit Beeinträchtigungsideen mannigfachster Art. Die Frauen glaubten sich bestohlen, bedroht, beschimpft oder vergiftet. Hier ist jedoch zu bemerken, daß sich bestimmte Unterklassen der Affektion nach der Qualität ihrer Erscheinungen insofern sehr schwer abteilen lassen, als es z. B. eine reine Form präseniler Beeinträchtigungspsychose oder Melancholie nicht gibt. Es ist vielmehr — nach unserm Material — allermeist ein gemischtes Bild vorhanden, in welchem nur der eine oder andere Zug vorherrschend sein kann.

In 20 unserer Fälle (d. h. in 71,4 v. H.) gestaltete sich der weitere Verlauf nun so, daß das sexuelle Moment in ganz auffallender Weise hervortritt. Alle 20 zeigten sich gesteigert sexuell, eine Eigenschaft, die sich teils in obszönen Reden und Geberden (bis zu sexuellen Angriffen), teils in entsprechenden Wahnvorstellungen, teils in Halluzinationen sexuellen Inhalts äußerte. Diese Sinnestäuschungen waren etwa bei der Hälfte zu konstatieren und bewegten sich ganz vorzugsweise auf akustischem, seltener auf dem Gebiete körperlicher Sensationen; auf optischem Gebiete fast nie.

Die übrigen 8 Fälle, welche niemals gesteigerte Sexualitas zeigten, sind dadurch bemerkenswert, daß auch ihre sonstigen pathologischen Züge — mochten es nun Beeinträchtigungs- oder andere Vorstellungen sein — sehr bald zurücktraten und verschwommen wurden, um einer auffallend schnell — in einzelnen Fällen im Laufe eines Jahres! — eintretenden Verblödung Platz zu machen.[1])

[1]) Das Erkrankungsalter der betreffenden ist: 37, 37, 38, 38, 47, 50, 50 und 58 Jahre.

Digitized by Google

Sollte sich hieraus etwa eine Wechselbeziehung zwischen geistiger Regsamkeit im allgemeinen und Geschlechtsleben folgern lassen?

Überhaupt verdient die in allen unseren Fällen zu beobachtende mehr oder minder schnell eintretende Verblödung die größte Beachtung. Hier gibt es Abstufungen vom kaum bemerkbaren psychischen Defekt bis zum vollendeten Schwachsinn höchsten Grades, ganz analog den Verhältnissen, welche sich am Ende der juvenilen Demenzprozesse herauszubilden pflegen.

Aber nicht allein in diesem Punkte treten Ähnlichkeiten zwischen den beiden Krankheitsgruppen zutage. Symptomatische Vergleichspunkte sind vielmehr während des ganzen Krankheitsverlaufs geradezu massenhaft vorhanden. Am zahlreichsten erweisen sich die Vergleichspunkte zur katatonischen Erscheinungsreihe. Es war zu konstatieren: zeitweise Abstinenz in 10 Fällen, negativistisch-mutazistische Züge in 11 Fällen, Verbigeration, Stereotypien in 10 Fällen. Plötzlich verkehrte Handlungen, die sich in Weglaufen, plötzlichen Angriffen u. dergl. äußerten, sind 11 mal erwähnt.

Vereinzelt traten deutlich hebephrene Züge, wie läppisch-albernes Wesen, oft paranoide in den Vordergrund des Bildes. Ohne entsprechendes Stigma wurde niemand bemerkt. Die im weiteren Verlauf bei Dementia praecox oft vorhandene bemerkenswerte Gewichtszunahme, welche vermutlich zur Abnahme der Fruchtbarkeit im Wechselverhältnis steht, fehlt gleichfalls nicht in unserem Bilde. Sie betrug durchschnittlich etwa 7 kg in 7 Jahren, so daß auf 1 Jahr im Durchschnitt etwa 1 kg absoluter Gewichtszunahme zu rechnen ist.

Auch sonst unterschieden sich die Fälle von eingetretener Verblödung kaum von den juvenilen Schwachsinnsformen. Andererseits hätte eine ganze Reihe unserer vorgeschritteneren Kranken — wenn die Entwicklung des Prozesses nicht vor unseren Augen stattgefunden hätte — sicherlich als primäre senile Demenz imponiert; und allein die uns bekannte Tatsache, daß diese Demenz erst das Endprodukt eines zeitlich mehr oder minder ausgedehnten Prozesses darstellt, sicherte die Diagnose.

Je höher übrigens das Erkrankungsalter, um so mehr traten

Digitized by Google

die geschilderten juvenilen Züge zurück und um so stärker prägt sich eine paranoide Färbung aus, — ein Umstand, der möglicherweise zu dem allmählichen Erlöschen der inneren oder äußeren Geschlechtssekretion in Beziehung zu setzen ist.

Das oben geschilderte starke Hervortreten der geschlechtlichen Äußerungen im ganzen, sowie die der juvenilen Psychose so überraschend ähnliche Symptomatologie unserer Affektion will es mir nahelegen, überhaupt das gesamte Krankheitsbild der Involutionsprozesse auf gleiche oder ähnliche, organisch bedingte Ursachen wie die Jugendpsychose zurückzuführen, d. h. am ehesten auf eine durch Alter und Umstände modifizierte, pathologisch veränderte innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen.

In dem uns vorliegenden Krankenmaterial, das allerdings ein ganz vorzugsweise chronisches ist, spielen die juvenil-dementen, insbesondere die katatonischen Züge eine so bedeutende Rolle, daß sich eine derartige Deutung meines Erachtens geradezu aufdrängt.

Es ist natürlich möglich, daß sich in einer Kasuistik akuterer Fälle, wie sie offenbar *Kraepelin* vorgelegen hat, das Gesamtbild ein wenig verschiebt. So neigt *E. Kraepelin*[1]), wie er sich ausdrückt, „einstweilen mehr zu der Ansicht, daß diese Formen (der Rückbildungspsychosen), die zum Teil in Genesung, zum Teil in Blödsinn übergehen, der Melancholie zuzurechnen sind". Er gibt jedoch selbst zu, daß diese Frage „noch keineswegs spruchreif" sei; und jedenfalls dürfte es sich, ehe hierüber endgültig abgeurteilt wird, empfehlen, die von mir gemachten möglichst scharf gesichteten Angaben an einem umfangreicheren akuten wie chronischen Material beiderlei Geschlechts ohne Voreingenommenheit nachzuprüfen.

Es würden sich dann vielleicht — im Falle der Bestätigung — neue Gesichtspunkte für eine rationelle Behandlung unserer bisher meist verlorenen Kranken daraus ergeben.

Für gütige Überlassung des Materials bin ich Herrn Direktor Dr. *Dabelstein* zu Dank verpflichtet.

[1]) *E. Kraepelin*, Lehrbuch d. Psychatrie. 6. Aufl., II. S. 331.

Digitized by Google

Melancholie und Depression.

Von

Dr. med. **S. Thalbitzer,** Aarhus (Dänemark).

In einer Abhandlung „Die manio-depressive Psychose — as Stimmungsirresein", Kopenhagen 1902, habe ich das manisch-epressive Irresein in nahem Anschluß an *Kraepelin* und *Wey-ndt* geschildert und seine Stellung als Krankheitseinheit be-auptet; nur in einem Punkt habe ich mich von diesen beiden utoren abweichend stellen müssen: ich sehe keine Möglichkeit, ne von der „zirkulären" Depression „ihrem innersten Wesen ach verschiedene" Melancholie aufrecht zu erhalten.

In der letzten Auflage seiner „Psychiatrie" hat *Kraepelin* mir e Ehre erwiesen, meinen Standpunkt ausführlich zu besprechen id zu widerlegen; es ist jedoch so weit entfernt, daß *Kraepelin* ich überzeugt oder auch nur befriedigt hat, daß ich mich auf-fordert fühle, einen Beitrag zu klarerer Beleuchtung meiner ellung zu der uns trennenden klinischen Frage zu geben, und ı ich glaube, daß die Sache von allgemeinerem Interesse ist, ıbe ich meinen Beitrag zu einem Aufsatz für die gegenwärtige itschrift geformt.

Ich bringe erst in Kürze eine Übersetzung der Seiten in einer genannten Schrift, in welchen ich meinen Sonderstand-ınkt in der Frage Melancholie und Depression begründe.

Nach Schilderung der manisch-depressiven Mischformen, so ie *Kraepelin* und *Weygandt* bis zu diesem Zeitpunkt (1902) diese ruppe ausgebildet hatten, fahre ich fort:

„Die dritte der *Weygandt*schen Formen ist die agitierte epression, durch depressive Stimmung, motorische Exzitation

Digitized by Google

und mehr oder weniger ausgesprochene Gedankenflüchtigkeit charakterisiert.

Eben diese Mischform führt uns mit Notwendigkeit auf die Erörterung der oben berührten Begrenzung, die *Kraepelin* in seinem manisch-depressiven Irresein ausführt, und deren Motiv schwer verständlich scheint.

In seiner Psychiatrie (1899) zieht *Kraepelin* eine scharfe Grenze zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Melancholie; unter letzterer versteht er „alle krankhaften, ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter, welche nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins darstellen" und bringt sie unter eine besondere Gruppe: „Das Irresein des Rückbildungsalters"; und er tut dies teils aus einem ätiologischen und teils aus einem klinischen Grunde.

Schon 1899 („Die klinische Stellung der Melancholie." Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Novbr. 1899) scheint es indessen, als ob *Kraepelin* einen gewissen Zweifel rücksichtlich der Möglichkeit der genannten Grenze zu Worte kommen läßt, indem er selbst die Schwäche seiner Anhaltspunkte hervorhebt. „Leider," spricht er, „geben unsere Lehrbücher uns nicht die geringsten Anhaltspunkte dafür, wie wir zirkuläre Depression und Melancholie auseinanderhalten könnten, solange uns nicht der Verlauf selber darüber aufklärt. Die Beschreibung der melancholischen Zustände deckt sich auf das vollkommenste mit derjenigen der zirkulären Depression, ja wir können kaum bezweifeln, daß gerade die schönsten und packendsten Schilderungen der Melancholie zum großen Teil einfach aus der Beobachtung zirkulärer Fälle abgeleitet worden sind."

Wie erwähnt, sucht *Kraepelin* in zwei Momenten Anhaltspunkte für diese Differentialdiagnose. Was zunächst den ätiologischen betrifft, hat *Kraepelin* aus vieljähriger Beobachtung die Erfahrung gemacht, daß die vor dem ca. 30. Jahre auftretenden Depressionszustände, wenn sie nicht eine Phase in einer Dementia praecox sind, sich immer als der zirkulären, also der manio-depressiven Psychose und nicht der Melancholie angehörig erweisen. Depressionszustände nach diesem Zeitpunkt bis zum höchsten Alter können dahingegen sowohl der einen wie der anderen dieser

Digitized by Google

ankheitsformen angehören; für Psychosen nach dem ca. 30. Jahre
t die Ätiologie also überhaupt keinen Anhaltspunkt, und für
ychosen vor der Zeit nur einen negativen.

Seinen klinischen Anhaltspunkt sucht *Kraepelin* in dem
ychomotorischen Verhalten, über welches er sich in seiner Psy-
atrie jedoch schwebend so ausdrückt, daß in der Melancholie
ne psychomotorische Hemmung zu sein „scheint". In der Tat
d man nun auch bei einem Vergleich zwischen *Kraepelins*
schreibung der Melancholie (Psychiatrie 1899, S. 318—38) und
jenigen der depressiven Zustände des manisch-depressiven
seins (S. 386—393) finden, daß die gegebenen Bilder sich Zug
Zug ähnlich sind, sich sozusagen decken, nur mit der Aus-
ıme, daß sich in der Melancholie keine psychomotorische
mmung zu finden scheint, von der *Kraepelin* obendrein sagt,
sie „leider nicht in allen Fällen von zirkulärer Depression
handen oder nachweisbar ist, so daß also ihr Fehlen nicht
Grund gegen die Annahme eines zirkulären Irreseins zu ver-
ten ist". Hierdurch reduziert sich auch das klinische Moment
einen Anhaltspunkt von ziemlich geringem Wert.

Wie erwähnt, stellen sowohl *Kraepelin* als *Weygandt* die
ierte Depression als eine wohlausgesprochene, manisch-
ressive Mischform auf, charakterisiert durch depressive Stim-
ng und psychomotorische Exzitation; hier besteht also, statt
r psychomotorischen Hemmung, im Gegenteil eine Exzitation.
nn nun außerdem verschiedene Verfasser die agitierte Melan-
die als eine Psychose des Rückbildungsalters par excellence
ildern, sehe ich keine Möglichkeit, die Rückbildungsmelancholie
die agitierte Depression auseinanderzuhalten.

In der Tat sollte man glauben, daß genau dasselbe Raison-
nent, das *Kraepelin* dazu geführt hat, die einfache Manie,
periodische Manie, die zirkuläre Psychose und die periodi-
en Depressionszustände zu einer großen Gruppe zu ver-
igen, ihn zwingen müßte, die „Melancholie" darin aufzu-
ımen.

Kraepelin sagt: „Auch die Melancholie zeigt übrigens eine
visse Neigung, sich zu wiederholen"; hierdurch wird die Grenze
ischen Melancholie und periodischer Depression verwischt.

Digitized by

Ferner sagt er, „daß es zahlreiche Fälle von zirkulärem Irresein gibt, die mit einer Reihe von rein depressiven Anfällen beginnen." Er kennt „Fälle, in denen mehrere Jahrzehnte hindurch die Krankheit als periodische Depression oder, wenn man will, periodische Melancholie auftrat, bevor sich in höherem Lebensalter die ersten manischen Anfälle zeigten". Hier verschwindet also die Grenze zwischen periodischer Melancholie und zirkulärem oder manisch-depressivem Irresein.

Wenn *Kraepelin* sagt: „es muß uns gelingen, aus dem Zustandsbilde selbst die Kennzeichen aufzufinden, die uns zeigen, ob ein gegebener Fall der einen oder anderen klinischen Gruppe angehört. Heute ist das noch nicht möglich, daß es aber überhaupt unmöglich sei, wird niemand behaupten wollen —", so öffnet er in der Tat einem Gegner des manisch-depressiven Irreseins überhaupt die Möglichkeit, eben dasselbe Argument gegen *Kraepelins* Zusammenfassung der einfachen Manie und der zirkulären Psychose zu benutzen: Wir sind zwar nicht imstande, aus dem Zustandsbild zwischen einfacher oder periodischer Manie und einer manischen Phase in einer zirkulären Psychose zu unterscheiden; aber deshalb darf man nicht behaupten, daß es überhaupt unmöglich ist!

In der Tat sehe ich keine Möglichkeit, daß man, wenn man das manisch-depressive Irresein als Krankheitseinheit aufrecht erhalten will, die Melancholie davon ausschließen kann. Wenn man von einer Krankheitsgruppe behauptet, daß Fälle, die sich klinisch nicht unterscheiden lassen, gleichartig sind, muß man mit Notwendigkeit dies auch für eine andere zugestehen.

Kraepelins jetziger Standpunkt in dieser Frage scheint mir halb und unhaltbar.

Unter den ca. 70 Fällen von Stimmungspsychose, die ich mit gegenwärtiger Arbeit vor Augen näher studierte, habe ich nur wenige getroffen, die sich nicht auf natürliche Weise und ohne Zwang in den Rahmen der manio-depressiven Psychose hineinfügten, jedenfalls aber keinen einzigen, der durch Annahme einer eigenen „Melancholie" klarer oder verständlicher wurde.

Sollten indes künftige Erfahrungen herbeiführen, daß man doch eine eigene, ihrem innersten Wesen nach von der „De-

Digitized by Google

ession" verschiedene Melancholie annehmen müßte, mit anderen orten, wenn man wirklich für eine Differentialdiagnose Anltspunkte fände, dürfte es notwendig sein, für diese besondere uppe von pathologischen Verstimmungen einen neuen Namen finden, indem *Kraepelins* jetzige Terminologie die Konsequenz beiführt, daß es eine contradictio ist, einen melancholischen ienten deprimiert und umgekehrt zu nennen, ein Sprachrauch, gegen den man gewiß vergeblich — und unberechtigt ämpfen würde.

Aus den oben entwickelten Gründen trage ich auch kein lenken, im folgenden (in meiner Abhandlung) — wie dann l wann schon im vorhergehenden — die Bezeichnungen Mecholie und Depression durcheinander von demselben Krankbild zu gebrauchen."

So weit meine Abhandlung.

In der letzten Auflage seiner Psychiatrie bespricht und erlegt also *Kraepelin* meinen abweichenden Standpunkt.

Nachdem *Kraepelin* wieder mit skrupulöser Ehrlichkeit die z außerordentlich schwierige, wenn nicht unmögliche Differenrung zwischen der zirkulären Depression und der Melancholie vorgehoben hat, erwähnt er meine Weise, diese Schwierigkeit lösen, und erklärt sie für „verblüffend einfach".

„Dennoch," fährt er fort, „möchte ich mich der Ansicht *thitzers* nicht anschließen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß Entwickelung einmaliger Depressionszustände im Rückbildungsr eine ziemlich häufige Erscheinung ist, während einmalige ien so selten sind, daß ihr Vorkommen überhaupt öfters beifelt worden ist. Auch das erstmalige Erkranken an Manie in den Rückbildungsjahren ungleich seltener als das erstige Auftreten von Depressionszuständen zu dieser Zeit. Da dem gewöhnlichen zirkulären Irresein die depressiven Anfälle t oder doch nicht wesentlich über die manischen überwiegen, wäre die Häufigkeit erstmaliger und einmaliger depressiver rankungen im Rückbildungsalter gegenüber den manischen n verständlich, wenn sie alle nur Erscheinungsformen des chen Grundleidens bildeten.

Jedenfalls müßte man zu dem Schlusse kommen, daß die

Digitized b

Rückbildungsjahre den Verlauf des zirkulären Irreseins im Sinne einer ganz auffallenden Häufigkeit depressiver Anfälle beeinflussen. Haben sie aber einen so eigenartigen Einfluß auf unser Seelenleben, so liegt immerhin die Vermutung nahe, daß sie auch selbständige depressive Krankheitsformen zu erzeugen imstande sind.

Zur Gewißheit wird diese Vermutung durch die Tatsache der senilen Depressionszustände."

Keiner dieser Gründe erscheint mir indessen von solcher Bedeutung, daß er die Spaltung einer sonst scheinbar vorhandenen klinischen Einheit in zwei ihrem innersten Wesen nach verschiedene Krankheiten: Depression und Melancholie. berechtigt.

Und noch mehr: Das Raisonnement *Kraepelins* scheint mir ganz — unkraepelinisch!

Statt jeder Erklärung beschränke ich mich darauf, auf S. 556 (Psychiatrie. 1904) zu verweisen, wo *Kraepelin*, nachdem er auf die eindringlichste und klarste Weise die Einheit des manisch-depressiven Irreseins nachgewiesen hat — als der langen Rede kurzer Sinn — feststellt: „Worauf es uns vielmehr einzig und allein ankommt, das ist die grundsätzliche und vollkommene Übereinstimmung des allgemeinen klinischen Krankheitsbildes." Und *Kraepelin* fährt fort: „Bis auf den heutigen Tag hat man sich immer abgemüht, die einfache und die periodische Manie aus den Krankheitszeichen selbst voneinander abzugrenzen, aber stets vergebens, weil diese Grenze eine künstliche ist, von der die Natur nichts weiß."

Ich müßte kein sterblicher Mensch sein, wenn ich der Versuchung widerstände, *Kraepelins* Worte gegen ihn selbst zu kehren und — mutatis mutandis — auszurufen: Bis auf den heutigen Tag hat man sich immer wieder abgemüht, die Melancholie und die zirkuläre Depression aus den Krankheitszeichen selbst voneinander abzugrenzen, aber stets vergebens,[1]) weil diese Grenze eine künstliche ist, von der die Natur nichts weiß.

Wie ich 1902 schrieb, ist *Kraepelins* Motiv, eine eigene Melancholie aus der großen Gruppe von Stimmungsgeisteskrankheiten auszuscheiden, schwer verständlich.

[1]) „Heute ist das noch nicht möglich!" (*Kraepelin.*)

Digitized by Google

Wenn man dadurch etwas erreichte, eine Schwierigkeit löste, über einen Widerspruch hinauskäme, könnte man es verstehen, aber in der Tat ist die „Melancholie“ vielmehr *Kraepelin* — und uns anderen — ein Klotz am Bein, der uns unaufhörlich an sein Dasein erinnert, und auch seine Spur durch die beiden in Rede stehenden Kapitel *Kraepelins* zieht.

Deutlich tritt dies zum Beispiel in dem Abschnitt der Psychiatrie 1904 zutage, worin *Kraepelin* die manisch-depressiven Irreseinszustände behandelt, ein Kapitel, das in sich die Möglichkeit trug, von allergrößtem Interesse zu werden.

In seiner jetzigen Form scheint es mir eine Enttäuschung zu sein, und es fehlt ihm ganz die Prägnanz, die ihm innewohnen könnte und sollte.

Am stärksten tritt dies vielleicht in den ersten Sätzen dieses Abschnitts hervor. *Kraepelin* schreibt hier:

„1. Unseren Ausgang nehmen wir von dem Bilde der Manie mit Ideenflucht, gehobener Stimmung und Betätigungsdrang.

2. Tritt in diesem Bilde an die Stelle der heiteren eine depressive Verstimmung, so entsteht jenes Krankheitsbild, das wir als zornige Manie bezeichnen.“

Ich muß hier erst einen entschiedenen Einspruch dagegen erheben, daß einer depressiven Verstimmung die Bezeichnung Manie beigelegt wird; dieser Name soll und muß den gehobenen Verstimmungen vorbehalten sein. Ich habe dies seinerzeit in einer oben genannten Abhandlung stark pointiert und nachgewiesen, daß die Namen- und Begriffsverwirrung, die in der psychiatrischen Literatur in einem großen Teil des vorigen Jahrhunderts herrschte, zum Teil von einem Durcheinander im Gebrauch dieses Namens herrührte, während wir gewiß jetzt zur Einigkeit darüber gekommen sein müssen, den Namen Manie nur von Psychosen mit gehobener und Melancholie von Psychosen mit gedrückter Stimmung zu benutzen. Und es ist meine sichere Überzeugung, daß es unserer Wissenschaft gelingen wird, den Gebrauch dieser beiden Namen auf die reinen Stimmungspsychosen zu beschränken, diejenigen, die nur quantitativ von unseren physiologischen Stimmungen abweichen.

Digitized by Google

Es ist möglich, daß hier ein reiner Lapsus von *Kraepelin* vorliegt; und in diesem Falle irre ich gewiß nicht sehr, wenn ich der unglückseligen Rücksicht auf die „Melancholie" die Schuld für diesen Lapsus zuschiebe.

In dieser Verbindung muß ich übrigens weiter bemerken, daß es kaum psychologisch vollberechtigt ist, wenn *Kraepelin* den Zorn einen depressiven Affekt nennt. Ich habe (in meiner Abhandlung) behauptet — übrigens mit *Karl Lange* übereinstimmend — daß der Zorn in seiner „klassischen" und vielleicht gewöhnlichsten Form als ein hauptsächlich expansiver, gehobener Affekt betrachtet werden muß, indem es mir doch gleichzeitig klar ist, daß „Zorn" der Armut der Sprache wegen die Bezeichnung einer großen Menge sich verschieden äußernder und daher physiologisch verschieden bedingter Affekte geworden ist, von welchen einige sich mehr der Depression nähern.

Wenn *Kraepelin* mit gebührender Rücksicht auf diese Einwände seine oben zitierten Sätze umarbeiten sollte, würde da zu stehen kommen:

„1. Unseren Ausgang nehmen wir von dem Bilde der Manie mit Ideenflucht, gehobener Stimmung und Betätigungsdrang.

2. Tritt in diesem Bilde an die Stelle der heiteren eine depressive Verstimmung, so entsteht jenes Krankheitsbild, das wir als agitierte Depression (oder agitierte Melancholie) bezeichnen."

Dieser Form könnte man noch dazu das Prädikat „produktiv" geben, während *Kraepelins* dritte Mischform, „die depressive Erregung", deren Beschreibung genau mit *Kraepelins* Schilderung der „Melancholie" zusammenfällt, Melancholia (depressio) agitata improductiva genannt werden könnte — eben die Namen, die ich diesen beiden Formen im Kapitel „Kasuistik" in meinem Buche gegeben habe.

Trotz der hier dargestellten Dissenz finde ich bei *Kraepelin* einen Ausspruch, der mir die Möglichkeit einer befriedigenden Lösung der Frage anzudeuten scheint.

Nachdem er in der Psychiatrie 1904 die Gründe genannt hat, die ihn noch dazu bewegen, eine eigene „Melancholie" in seinem System festzuhalten, fügt er hinzu:

Digitized by Google

„Allerdings werden wir uns wohl daran gewöhnen müssen, die Grenzen dieser Krankheit etwas enger zu stecken, als wir es bisher zu tun pflegten."

Wir wollen uns daher ein wenig näher ansehen, was die *Kraepelin*sche Melancholiegruppe enthält, und untersuchen, was durch eine eventuelle engere Abgrenzung aus derselben ausgeschieden und in das manisch-depressive Irresein hinübergeführt werden könnte.

„In der hier gegebenen Abgrenzung — sagt *Kraepelin* — umfaßt die Melancholie einen gewissen Teil jener Beobachtungen, die man früher als einfache und als Angstmelancholie zu bezeichnen pflegte, ferner den depressiven Wahnsinn und endlich die senilen Depressionszustände."

Übereinstimmend mit dem oben Entwickelten kann ich mir ein Krankheitsbild vorstellen, das früher mit Recht den Namen einfache Melancholie oder Angstmelancholie trug, das nicht, laut *Kraepelins* Maxime: „Entscheidend ist uns das klinische Krankheitsbild selbst" —, seinen rechten Platz innerhalb des Rahmens der manio-depressiven Psychose findet.

Inbetreff der senilen Depressionszustände wage ich nicht zu bestreiten, daß ein Teil derselben vielleicht von dem manisch-depressiven Irresein ausgeschieden werden kann und muß, aber diese Gruppe muß doch viel kleiner werden, als *Kraepelin* meint, und kann den Melancholienamen nicht beanspruchen; und sie kann nicht die unkomplizierten senilen Depressionszustände umfassen, denn daran muß ich entschieden festhalten, daß der Umstand, daß eine Psychose von dem Alter geprägt wird, in dem sie auftritt, sowie auch, daß das hohe Alter des betreffenden Individuums sich vielleicht in der Richtung einer weniger guten Prognose geltend macht, keineswegs dazu berechtigt, eine selbständige Krankheitsform aufzustellen; dies muß in der Psychiatrie wie in der ganzen übrigen Pathologie gelten.

Kraepelin schreibt über seine Vermutung rücksichtlich einer gewissen Melancholie: „Zur Gewißheit wird diese Vermutung durch die Tatsache der senilen Depressionszustände. Es gibt eine große Reihe von krankhaften Verstimmungszuständen, die sich klinisch ganz aus dem Bilde der psychischen Altersverände-

Digitized by Google

rungen heraus entwickeln, aus dem Gefühle der Unfähigkeit, aus dem Mißtrauen, der Schlaflosigkeit, den Beklemmungsgefühlen und der körperlichen Hinfälligkeit der Greise."

Ich muß hierzu sagen, daß das manisch-depressive Irresein, die reinen Stimmungspsychosen, in höherem Grade als irgendeine andere Form des Irreseins von dem Alter, dem Geschlecht, dem Temperament usw. des Kranken geprägt wird, und daß eben die Krankheitsform, die *Kraepelin* ganz besonders überzeugend für die Existenz einer eigenen Melancholie scheint, mir ihren einzig richtigen Platz innerhalb des manisch-depressiven Irreseins zu haben scheint.

Noch steht von *Kraepelins* Melancholiegruppe der depressive Wahnsinn zurück, die Form, die *Kraepelin* hauptsächlich in der Psychiatrie 1904, S. 446 ff., schildert, und für welche auch ich keinen Platz innerhalb der manio-depressiven Psychose finde.

Wenn *Kraepelin* seine Grenze so eng ziehen könnte, daß sie nur den depressiven Wahnsinn umfaßte, würde die Dissenz zwischen uns sich auf eine Uneinigkeit um einen Namen reduzieren; ich würde die Existenz dieser Gruppe nicht bestreiten, sondern nur ihr Recht, den Namen „Melancholie" zu führen.

Melancholie ist nämlich mit dem Recht eines langjährigen Gebrauchs der Name, der nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in weiteren Kreisen von der reinen depressiven Verstimmung, der pathologischen Übertreibung der physiologischen Trauer in ihren verschiedenen Äußerungsformen gebraucht wird, der Name der Verstimmung, deren klinisches Bild den diametralen Gegensatz der Manie bildet; und daher gehört dieser Name in den Bereich der manio-depressiven Psychose.

Kraepelin meint, daß zwischen der Melancholie und dem depressiven Wahnsinn allmähliche Übergänge bestehen; ich glaube es nicht! Zwar weiß ich, daß es außerordentlich schwer sein kann, namentlich nach nur einem Gespräch und einer Untersuchung bestimmt zu entscheiden, ob ein vorliegender Fall eine Melancholie — eine echte Stimmungspsychose — mit mehr oder weniger barocken depressiven Wahnvorstellungen oder ob es ein Fall von depressivem Wahnsinn, d. h. Wahnsinn mit (von dem Wahnsinn motivierter) Depression, ist, aber ich

Digitized by Google

wage doch zu behaupten, daß diese Differentialdiagnose in den allermeisten Fällen gestellt werden kann und muß.

In der reinen melancholischen Stimmungspsychose wird man wahrscheinlich immer eine gewisse Proportionalität zwischen der Tiefe der Verstimmung und der Barockheit der depressiven Wahnvorstellungen entdecken können; diese wird mit der Verstimmung zusammen fluktuieren; vermindert sich die Depression, werden auch die depressiven Ideen weniger ungeheuerliche Dimensionen annehmen; die Psychose wird dadurch ihren Ursprung als die pathologische Übertreibung einer physiologischen Stimmung verraten.

Anders in dem depressiven Wahnsinn; hier wird die Wahnvorstellung eine weit größere Rolle spielen und namentlich eine weit größere Konstanz haben; und die Verstimmung wird den Eindruck machen, daß sie zu der Wahnvorstellung in einem Abhängigkeitsverhältnis steht, wird von derselben verursacht scheinen; und doch wird man oft finden, daß die Depression — wenn auch noch so tief — eher eine zu geringe Reaktion auf die oft raffiniert grausamen und blutdürstigen Wahnvorstellungen ist: dies erscheint mir als ein Kriterium von entscheidender Bedeutung und ein Vorbote der anfangenden Demenz.

Noch einen wichtigen Unterschied zwischen diesen beiden Psychosen finde ich in den Halluzinationen, in der Rolle, die sie spielen und in ihrer Art und Stärke. Während die Wahnempfindungen — wohl die häufigste Quelle der Wahnvorstellungen — in dem depressiven Wahnsinn eine sehr dominierende Rolle spielen, sowohl durch ihre Distinktion, ihre entscheidende Bedeutung für den Inhalt der Wahnvorstellungen wie durch ihre fast unwiderstehliche Macht über den Patienten, werden die Halluzinationen in der echten Stimmungspsychose eine weit weniger hervortretende Rolle spielen, weniger prägnant, unklarer und verschwommener sein, und fast immer ein Maßstab für den Stärkegrad der Krankheit, ein Ausdruck für die quantitative Seite des Prozesses sein.

Überhaupt kann ich mich nicht des Gedankens erwehren, daß *Griesinger* in seiner Betrachtung dieser Verhältnisse im ganzen das Rechte getroffen hat.

Digitized by Google

Ich glaube jedenfalls, daß es natürlicher und leichter ist, eine bestimmte Grenze zwischen Melancholie mit depressiven Wahnvorstellungen und Wahnsinn mit Depression (depressiver Wahnsinn) als zwischen Melancholie und Depression zu ziehen.

Wenn ich nun bei meiner geringeren klinischen Erfahrung dennoch mit so großer Sicherheit an meiner von der *Kraepelins* abweichenden Meinung in dieser Frage festhalte, so geschieht dies nicht allein aus den oben entwickelten hauptsächlich klinischen Gründen, sondern auch, und nicht am wenigsten vielleicht, weil mein ganzer Blick auf physiologische Stimmungen und auf Stimmungspsychosen und ihrem gegenseitigen Verhältnis, auf einer physiologischen Betrachtung des Ursprungs jener und der Pathogenese dieser ruht, von welcher Betrachtung ich mich berechtigt glaube vorauszusagen, daß die reinen Stimmungspsychosen — die manio-depressive Psychose mit allen ihren Mischformen und Spielarten — denn so zahlreich und wechselnd wie die physiologischen Stimmungen des Menschen, so zahlreich sind ihre pathologischen Übertreibungen —, daß diese in der Zukunft in der Psychiatrie eine Sonderstellung als die pathologischen quantitativen Abweichungen in dem menschlichen Seelenleben einnehmen werden.

Da meine öfter genannte Abhandlung[1]) bisher nur auf Dänisch vorliegt, habe ich mir gedacht, daß *Kraepelin* sich nur in Bruchstücken hat mit derselben bekannt machen können und namentlich nicht das Kapitel V der Abhandlung kennt, in welchem ich die Pathogenese der manio-depressiven Psychose aus einem Zusammenhalten unseres klinischen Wissens, das namentlich *Kraepelin* in so hohem Grade bereichert hat, mit den physiologischen Gesetzen, die für alle lebenden Organe gelten, herleite.

Eben diese Betrachtung der Pathogenese der manio-depressiven Psychose macht es mir in ganz besonderem Grade unmöglich, eine von der Depression wesensverschiedene „Melancholie" anzunehmen.

---

[1]) Ihr voller Titel heißt: Die manio-depressive Psychose — das Stimmungsirresein, ein Versuch zur Bestimmung ihrer Pathogenese und pathologisch-anatomischen Grundlage mit besonderer Berücksichtigung der manio-depressiven Mischformen.

Digitized by Google

Über die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche.[1])

Von

Dr. **M. Reichardt**, I. Assistent der Klinik.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

Die einwandsfreieste und idealste Methode der Schädelpazitätsbestimmung an der Leiche ist die Bestimmung am azerierten Schädel. Es sind hierzu in der Literatur eine ößere Anzahl Verfahren beschrieben worden. Die Benutzung ockenen Füllmaterials für den Schädelinnenraum (z. B. gleichoßer Glasperlen[2]) hat den Vorteil der Einfachheit und Schnelligit der Messung und soll auch nach den Mitteilungen der beffenden Untersucher hinreichend genaue Resultate geben, was lerdings von anderer Seite bestritten wird. In der hiesigen ychiatrischen Klinik hat man es jedenfalls schon seit vielen hren vorgezogen, als Füllmaterial das Wasser zu verwenden d die etwas zeitraubende Dichtung des Schädels mit Wachs cht zu scheuen. Nachdem hierbei der Schädel an der Außenche mit einer ziemlich dicken, und an der Innenfläche mit einer nz dünnen Wachsschicht überzogen wurde, wird das Wasser ekt aus dem graduierten Meßzylinder in den Schädel eingegossen d die Kapazitätszahl am Meßglase abgelesen. Vor dem Eingießen

---

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg (Prof. *Rieger*). — Nach em Vortrage, gehalten auf der III. Jahresversammlung Bayerischer Psychiater München am 14. Juni 1905.

[2]) *Török*, Virchows Archiv Bd. 159, 1900, S. 248.

Digitized by Google

und nach dem Ausgießen des Wassers wurde der Schädel gewogen, um auszuschließen, daß etwa Wasser im Knochen oder in den Nebenhöhlen zurückgeblieben sein könnte.

Die auf diese oder andere Weise gefundenen Kapazitätszahlen haben, namentlich wo es sich um abnorm kleine oder große Schädel handelt, schon an und für sich einen gewissen Wert. Eine besondere Wichtigkeit aber erlangen sie, wenn man die Kapazitätszahl in Beziehung bringt zu dem hinzugehörigen Hirngewicht, wie ja auch andrerseits die Hirngewichtszahl erst dann von Bedeutung wird, wenn die zugehörige Schädelkapazitätszahl bekannt ist. Die Würzburger Psychiatrische Klinik besitzt nun in ihrer Schädelsammlung eine große Anzahl Schädel von Personen, die in der Klinik oder der Pfründe des Juliusspitals gestorben, deren Hirngewichte genau bekannt sind, und bei welchen die Schädelkapazität auf die oben angegebene Methode mit Wachs exakt bestimmt werden konnte. Wenn im Jahre 1902 *Marchand* in seiner bekannten Arbeit über das Hirngewicht des Menschen[1] (S. 398) noch schreiben konnte, daß „es vorläufig noch an einer genauen Kenntnis des normalen Verhältnisses zwischen Hirngewicht und Kapazität fehlt", so kann nunmehr, unter Grundlegung dieser unter *Riegers* Leitung seit Jahren vorgenommenen Bestimmungen der Kapazität und des Hirngewichts, mitgeteilt werden, daß das normale Verhältnis zwischen Kapazität und Hirngewicht, wie letzteres beim Erwachsenen an der Leiche gefunden wird, als bekannt angesehen werden darf. Es hat sich, unter Ausschluß aller Krankheiten, die zu einer Hirnatrophie oder einer Hirnvergrößerung führen können, herausgestellt, daß die Schädelkapazität in Kubikzentimetern meist um 12 bis 14% größer ist, als das zugehörige Hirngewicht in Gramm. Zahlen zwischen 10 und 16 % Differenz sind nach den Erfahrungen in der Klinik als etwas ganz Gewöhnliches zu betrachten. Wo nun das Pathologische beginnt, ist eigentlich schwer zu sagen. Wir haben uns daran gewöhnt, Zahlen von 20 und mehr Prozent Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht — im Sinne einer Hirnverkleinerung — und von 5 und weniger Prozent — im Sinne

[1]) Leipzig. B. G. Teubner. 1902.

Digitized by Google

iner pathologischen Hirnvergrößerung — als krankhaft anzu-ehen.[1])

Aus den unten näher ausgeführten Gründen hat sich nun im aufe der Jahre immer mehr gezeigt, daß es unbedingt notwendig st (zunächst bei den Sektionen Geistes- und anderer Hirnkranker), onsequent bei jeder Sektion die Schädelkapazität zu bestimmen. Die Methode, am mazerierten Schädel den Inhalt zu bestimmen, ommt hierbei selbstverständlich nicht in Betracht. Vielmehr edurfte es einer Methode, welche ohne Abänderung der bisherigen ektionstechnik, ohne größeren Zeitverlust, ohne besondere kost-pielige Apparate bei jeder Sektion angewandt werden kann und enügend genaue Resultate liefert. Es soll also eine Methode für raktische Zwecke sein: es wird hierzu völlig genügen, wenn die ehlerquellen dieser Methode unter 50 cbcm liegen.

Versuche, an einer größeren Anzahl von Leichen konsequent ie Kapazität zu bestimmen, liegen bereits vor, z. B. von *Zanke*[2]) nd *Pfister*[3]). Beide Autoren verwandten das Wasser als Füll-naterial für den Schädel. Auf diese Arbeiten geht die hier zu eschreibende Methode, die demnach nichts im Prinzip Neues ringen will, zurück. Es mußte nur geprüft werden, ob diese lethode, richtig ausgeführt, genügend genaue Resultate liefert, nd welche Fehlerquellen hauptsächlich zu vermeiden sind.

Wenn zunächst nur die Forderung aufgestellt wird, daß in rster Linie bei Geistes- und anderen Gehirnkrankheiten die chädelkapazität konsequent bestimmt werden soll, so dürfte doch m Einzelfall die Kapazitätsbestimmung nicht bloß den Psychiater nteressieren, sondern auch den Neurologen, pathologischen Ana-omen und Gerichtsarzt. Wie später nochmals angedeutet werden

---

[1]) Diese in Prozenten ausgedrückten Differenzzahlen gelten zunächst ur für Erwachsene. Sie sind beim Kinde möglicherweise viel geringer. nd es wären genaue Kapazitätsbestimmungen, in Beziehung zu dem zu-ehörigen Hirngewicht, bei Kindern (besonders Säuglingen) sehr erwünscht, eil vielleicht auch hieraus sich mit ergeben könnte, inwieweit das primäre Wachstum des Gehirnes sekundär das des Schädels beeinflußt und diesen zur Ausdehnung zwingt.

[2]) Neurolog. Zentralblatt 1897 S. 488.

[3]) Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. Bd. 13 S. 577.

Digitized by Google

soll, besitzt das Gehirn unter anderem die Fähigkeit, sein Gewicht und Volumen akut zu vergrößern, bis um 200 g Hirnsubstanz. ohne Oedem usw. Derartige Hirnschwellungen können wahrscheinlich gelegentlich die direkte Todesursache bilden, und man hat genügend Grund anzunehmen, daß sie z. B. bei epileptischen Anfällen, bei Hitzschlag und Hirnerschütterung, vielleicht auch bei plötzlichem Tode scheinbar Gesunder eine Rolle spielen können. Namentlich in solchen Fällen käme unter Umständen der Bestimmung der Schädelkapazität eine eminent praktische Wichtigkeit zu, weshalb es sehr erwünscht sein würde, wenn bei allen wichtigeren Autopsien, außer der Hirnwägung, auch eine einfache, aber exakte Bestimmung der Schädelkapazität zum integrierenden Bestandteile der Sektion würde.

Beschreibung der Methode.

Die Art der Schädelsektion ist die gewöhnlich geübte. Nur muß der Schädel peinlichst genau in der gleichen Horizontale aufgesägt werden, wovon später noch die Rede sein wird.

Wir haben früher den Schädel stets in der *Rieger*schen Horizontale aufgesägt (Glabella, Arcus superciliares, oberer Ansatz der Ohrmuschel, Protuberantia externa). Dieses einheitliche Schädelaufsägen hat den Vorteil, daß man die Schädeldächer ihrem Gewicht nach unmittelbar vergleichen kann. Das Aufsägen in dieser tiefen Horizontale hat aber auch den großen Nachteil, daß hierbei gar zu oft die Orbitaldächer und andere Teile der Schädelbasis beschädigt werden können, und daß so unter Umständen die Bestimmung der Kapazität der Basis unmöglich wird. Wir sind daher von der Gewohnheit, den Schädel in der *Rieger*schen Horizontale aufzusägen, wieder abgekommen und sägen den Schädel in einer beliebigen Horizontale auf, etwa 1—2 cm oberhalb der *Rieger*schen Horizontale.

Nach der Herausnahme des Gehirnes wird die Dura aus dem Schädeldach entfernt, falls sie hier festgewachsen war, um so Verhältnisse herzustellen, die denen am mazerierten Schädel möglichst ähnlich werden. Ferner wird die Dura, samt den Sinus, entfernt aus der hinteren Schädelgrube der Basis. In den vorderen

Digitized by Google

beiden Schädelgruben haben wir die Dura im Schädel gelassen; sie ist hier selbst die beste Einrichtung, die Schädelbasis wasserdicht zu machen. Der dadurch entstehende Fehler ist sehr gering und darf vernachlässigt werden. Dann überzeugt man sich durch Eingießen von Wasser davon, daß bei horizontal eingestellter Basis cranii der Wasserspiegel sowohl im Foramen magnum, wie überhaupt in der Basis konstant bleibt und kann dann direkt durch weiteres Eingießen von Wasser aus dem graduierten Meßzylinder (mit 1000 cbcm Inhalt) in die Schädelbasis und Kalotte die Kapazität bestimmen, wie dies auch die Abbildungen zeigen. Die Kapazitätszahl wird dann am Meßzylinder direkt abgelesen.

Es gelingt in allen Fällen leicht, die Schädelbasis horizontal und parallel dem Wasserspiegel einzustellen durch Lagerung der Leiche mit erhöhtem Oberkörper usw. Nur in seltenen Fällen (bei Totenstarre, Fettleibigkeit usw.) waren wir genötigt, die Nackenmuskulatur subkutan zu durchtrennen, um die nötige Senkung der Schädelbasis nach vorn herzustellen.

Um die Schädelkalotte horizontal einzustellen und dem Wasserspiegel entsprechend zu regulieren, dazu kann man sich der auf der Abbildung 2 ersichtlichen höchst einfachen Vorrichtung bedienen, die aus einer konkaven Waschschüssel und einem Dreifuß besteht, auf welchem das Schädeldach liegt und dem Wasserspiegel entsprechend eingestellt werden kann. Man kann ferner auf das Schädeldach eine Glasplatte legen und das Schädeldach mit einer kleinen Wasserwage horizontal einstellen.

Bei der feuchten Beschaffenheit des Knochens an der Sägefläche fließt das etwa zuviel eingegossene Wasser sofort ab. Ein nennenswerter, nach oben konvexer Wasserspiegel, infolgedessen das Resultat zu groß ausfallen könnte, entsteht nicht.

Es sind nun hauptsächlich zwei Umstände, deren Nichtbeachtung zur Fehlerquelle werden kann. 1. Es muß der Schädel peinlich genau in der gleichen Horizontale aufgesägt werden. 2. Es muß beachtet werden, daß die Schädelbasis sehr wenig Wasser durchläßt. Bei Außerachtlassung des ersten würde eine Verkleinerung, bei Außerachtlassung des zweiten eine Vergrößerung der zu findenden Zahl die Folge sein.

ad 1. Es muß also der Schädel peinlich genau in der gleichen

Digitized by Google

Horizontale aufgesägt werden. Man kann sehr wohl sagen: Di Frage der Möglichkeit einer konsequenten Kapazitäts bestimmung an der Leiche ist in erster Linie eine Frag der Technik des Schädelaufsägens. Wenn man sich d von geschickten Anatomiedienern aufgesägten Schädel auf de geraden oder ungeraden Verlauf der Sägelinie hin betrachtet, s wird man in der großen Mehrzahl der Fälle einen bogen- od wellenförmigen Verlauf an einer oder an mehreren Stellen de Sägelinie finden. Es ist also, ohne besondere Vorrichtung, außer ordentlich schwer, den Schädel exakt aufzusägen. Andrerseit lehren unsere Untersuchungen, daß schon bei geringen Ausbuch tungen der Sägelinie ein Fehlresultat von Minus 300 cbcm ent stehen kann — ein Beweis dafür, welche Wichtigkeit dem an scheinend so nebensächlichen Aufsägen des Schädels zukomm

Um den Schädel ganz exakt in der gleichen Horizontale auf sägen zu können, bedienen wir uns eines etwa 1 cm breiten un 1 mm dicken, also gegen seitliche Verbiegungen genügend wider standsfähigen Stahlbandes, das vor dem Aufsägen um de Schädel gelegt wird und durch eine einfache Klemmschraube fest geschraubt werden kann.[1]) Längs desselben wird mit Wasserfarb (aus einer kleinen Zinntube) und dünnem Haarpinsel oder, wa bedeutend empfehlenswerter ist, mit einem sog. Tintenstift di Sägelinie vorgezeichnet. Es gelingt so, bei einiger Übung un Geschicklichkeit, den Schädel peinlich genau in der gleiche Horizontale aufzusägen, so daß die Sägelinie den strengsten An forderungen genügt. Durch Aufsetzen auf eine geschliffene Glas oder Marmorplatte kann man den geraden Verlauf der Sägelini kontrollieren. Die Sägelinie darf nirgends auch nur um Millimete von der Platte sich entfernen.

ad 2. Es muß berücksichtigt werden, daß die Schädelbas beim Eingießen des Wassers sehr oft Wasser durchläßt, und zwa hauptsächlich in den Wirbelkanal, in die Jugularis und Carotis Man muß sich also von vornherein überzeugen, daß der Wasser-

[1]) Das Stahlband kann von jedem Mechaniker angefertigt werden. Wi haben die unsrigen durch den Universitätsmechaniker *Siedentopf* in Würzbur anfertigen lassen.

Digitized by Google

gel sowohl im Foramen magnum, wie überhaupt in der ädelbasis längere Zeit hindurch unverändert stehen bleibt, — Zeitpunkt, der nach einigem Warten gewöhnlich eintritt. Man sich ferner daran gewöhnen, die ersten drei bis vier Messungen Schädelbasis nicht zu berücksichtigen, weil sie in der Regel s zu groß ausfallen. Das jedesmalige Ausgießen des Wassers der Basis hat erst kurz vor dem Wiedereingießen zu geschehen muß so schnell als möglich vorgenommen werden, damit t auch aus den Sinus usw. Wasser wieder ausfließt und so konstanter Fehler entsteht. Wir haben bei jeder Sektion die ädelbasis wenigstens zehnmal gemessen und vom dritten bis ten Male an, oft schon eher, konstante Resultate erhalten. ist hierbei immer vorausgesetzt, daß die Kopfsektion vor Erung der Brust- und Bauchhöhle und des Wirbelkanales vorommen wurde.

In seltenen Fällen wird es vorkommen, daß der Wasserspiegel rnd nicht steht, sondern sinkt (z. B. bei Verletzung der Dura er spinalis durch das im übrigen sehr empfehlenswerte Myelo-[1]) oder bei Abtrennung der Dura mater vom Rand des Foen magnum). Manche Leichen saugen sich voll wie die wämme. Da heißt es eben große Geduld haben, da sonst die azitätszahl um vieles zu groß würde. Manchmal kommt man zum Ziel, indem man die betreffenden Foramina verstopft. ter hat hierzu frischen Glaserkitt vorgeschlagen; man kann nichtentfettete Watte nehmen, oder sonst etwas anderes. Verstopfen aller Foramina wird selbstverständlich zur Notdigkeit, wenn die Kopfhöhle nach Brusthöhle und Wirbelkanal ert wurde. Sorgfältiges Prüfen der Konstanz des Wassergels. d. h. der absoluten Wasserdichtigkeit der Basis, ist natürauch hier erforderlich.

Selten kommt es vor, daß auch die ihrer Dura beraubte ädelkalotte sich als nicht wasserdicht erweist (Foramina parieusw.). Diese Undichtigkeiten können bei der auf dem Dreiliegenden (Fig. 2) Schädelkalotte im Augenblick festgestellt mit Wachs verstopft werden.

[1]) Vgl. *Nauwerck*, Sektionstechnik, 3. Aufl., 1899, S. 28.

Digitized by Google

Endlich ist noch zu erwähnen, daß eine Kontinuität entsteht, wenn sich in Linienzug, Tonübergang usw. die Richtung der Bewegung nicht plötzlich ändert, sondern wenn die Richtungsänderungen allmählich werden (Fig. 1). Aus der Art der erzeugt die gebundene Zahlen die wissenschaftlich

Fig. 1.

Schreiben verwendet, weil hier an gewöhnlichen Schreiben dies auf diese Zahlen auch noch Möglichkeit übrig sind die so z. B. allmählichen Verschiedene gebildet, genau lediglich werden, schreiben Buchstaben, Ziffern, Noten usw. Ausdruck kommt. Ein Beispiel dafür ist z. B. unser Schreibschrift. Auf solche Übungen sind die so schwierigen Bewegungen und Haltungen

Lücke zwischen Interskalenus, dessen Ursprung und Facies scalenicus vorderster Ventrikel.

Lücke zwischen Scalenus medius und Levator scapulae.

1. Atlasursprung vom Hinter-, Gelenk-, Vorder-, und allgemeine processus.

2. Halsgrat und Nackenbänder des Rückenbandes von dem

Fig. 3.

600 in einige Entfernung, in welcher es nun hospitalem, dann 1 cm nachahmen, hantieln. Es sollen dürfte sich eine Bestimmung eines Maßes, das 1 cm nicht übersteigt, Schädelgrundlinie, einen Abschnitt der Frontalebene ergeben.

3. Ausnahmen der Kapazität liegt den Zweck dem Gesichtsschädel

der Leiche liegenden) Metallbandrandes mittels Farbe und eine dünnen Haarpinsels oder eines Tintenstiftes.

4. Entfernen des Metallbandes und sorgfältiges Aufsägen des Schädels in der vorgezeichneten Horizontalebene. Es empfiehlt sich, die anfangs auf der Bauchseite liegende Leiche später auf die Rückenseite zu drehen, um möglichst bequem den Schädel allseitig aufsägen zu können.

5. Entnahme des Gehirnes, wie gewöhnlich. Durchschneidung der Medulla oblongata etwa in der Höhe der Pyramidenkreuzung möglichst senkrecht zur Längsachse des Hirnstammes.

6. Entfernen der Dura aus dem Schädeldach und samt den Sinus aus der hinteren Grube der Schädelbasis. Die Dura am Foramen magnum und im Wirbelkanal soll möglichst unverletzt bleiben.

7. Die Schädelbasis wird horizontal eingestellt (Fig. 1). Man gießt den Wirbelkanal voll Wasser, überzeugt sich, daß (nach mehrmaligem Eingießen) der Wasserspiegel im Foramen magnum zum Stehen kommt, und gießt dann die ganze Basis voll Wasser, um sich auch hier von dem Konstantbleiben des Wasserspiegels zu überzeugen.

7a. Wenn auch nach längerem Zuwarten die Basis sich nicht als wasserdicht erweist, dann müssen die Foramina, besonders das Foramen magnum, verstopft werden (Glaserkitt, Kork mit nichtentfetteter Watte usw.). Um eine Beschädigung des Rückenmarkes zu vermeiden, können die obersten Segmente des Halsmarkes mittels des Myelotom (s. o.) vorher entfernt werden.

8. Die Kapazität der Basis kann nunmehr bestimmt werden; man soll sie zur Sicherheit etwa zehnmal ausmessen und die ersten drei bis vier Messungen, die oft noch etwas zu groß ausfallen, nicht berücksichtigen.

9. Messung der Schädelkalotte (Fig. 2).

Diese Methode der Kapazitätsbestimmung hat sich uns bei sehr vielen Sektionen als einfach und zweckmäßig erwiesen. Sie kann ohne besonderen Zeitverlust bei jeder Sektion angewandt werden. Daß sie richtige Resultate gibt, davon konnten wir uns bis jetzt in zwei Fällen überzeugen, in welchen die Kapazität mit der soeben beschriebenen Methode bei der Sektion bestimmt wurde. Die betreffenden Schädel gelangten mazeriert in den

Digitized by Google

Besitz der Klinik; es konnten die Kapazitätszahlen mittels der oben erwähnten Wachsauskleidung nachgeprüft und ihre Richtigkeit festgestellt werden.

Wichtigkeit der konsequenten Kapazitätsbestimmung an der Leiche.

So allgemein bekannt es selbstverständlicherweise ist, daß bestimmte Hirnkrankheiten zu einer Hirnverkleinerung, andere zu einer Hirnvergrößerung führen können, so wenig scheint es bekannt zu sein, daß — gleichgültig, ob nun normale Verhältnisse vorherrschen zwischen Kapazität und Hirngewicht, oder Mißverhältnisse — nichts so trügerisch ist in der Abschätzung des Verhältnisses zwischen Kapazität und Hirngewicht, als der bloße Augenschein. Wir haben regelmäßig, so oft wir bei einer Sektion Kapazität und Hirngewicht bestimmt haben, auch versucht, lediglich nach dem Augenmaß zu taxieren, ob ein Gehirn normal groß ist — im Verhältnis zur Kapazität — oder nicht, und wir haben uns oft genug sehr getäuscht. Es ist, überall wo nicht exzessive Mißverhältnisse vorliegen, unseres Erachtens einfach unmöglich, ohne Bestimmung der Kapazität einigermaßen zuverlässig auszusagen, ob ein Gehirn normal groß ist oder atrophisch, oder geschwollen. Man wird es z. B. niemand übelnehmen können, wenn er in sehr vielen Fällen aus der Literatur, bei welchen das Wort „Hirnatrophie" gebraucht wurde ohne Berücksichtigung der Schädelkapazität, hinter dieses Wort „Hirnatrophie" ein Fragezeichen setzte. Speziell bei Paralyse und Dementia senilis ist man oft von dem Gedanken beherrscht, daß Hirnatrophie vorliegen müsse. Einige sogenannte „verschmälerte Gyri" und „verbreiterte Sulci" sind dann gewöhnlich bald gefunden, und man stellte infolgedessen — zweifellos nur nach subjektivem Ermessen — die Diagnose auf Hirnatrophie, während es doch im Interesse der Sachlichkeit wünschenswert wäre, wenn an Stelle des subjektiven Ermessens des Obduzenten die objektive Zahl eintritt, die eben nur die Zahl der Schädelkapazität und des Hirngewichtes sein kann.

Nicht einmal der histologisch zweifellos feststellbare Ausfall nervöser Substanz, speziell auch die Degeneration der markhaltigen

Digitized by Google

Nervenfasern, gestattet die Diagnose auf „Hirnatrophie“ in dem gewöhnlichen Sinne. Man kann es dem mikroskopischen Präparat im Einzelfall nicht ansehen, ob das betreffende Gehirn normal schwer ist, oder 200 g zu leicht. Es kann z. B. ein paralytisches Gehirn beträchtlichen Untergang nervöser Substanz aufweisen (ohne stärkere sekundäre Gliawucherung) und doch ein ganz normales Gewicht haben im Verhältnis zur Kapazität. Es kann sogar „geschwollen“ sein. Man muß also jedenfalls annehmen, daß der Untergang nervöser Substanz und der, wenn ich so sagen darf, Wasser- oder Eiweißgehalt des Gehirnes, der doch in erster Linie sein Gewicht bestimmt, in weiten Grenzen voneinander unabhängig sein können. — Es ist vielleicht überhaupt vorteilhafter, das Wort „Hirnatrophie“ bis auf weiteres nicht zu gebrauchen, sondern von „Hirnverkleinerung“ oder ähnlichem zu reden, wenn das Hirn im Verhältnis zum Schädel pathologisch verkleinert ist. Aber das zu erörtern gehört nicht mehr hierher.

Bei den Hirnkrankheiten, die zu einer Hirnverkleinerung führen können, gibt die Bestimmung der Schädelkapazität eine klare, zahlenmäßige Vorstellung von dem Grade der vorhandenen Verkleinerung, die bei Paralyse sehr beträchtlich werden kann. Wir haben selbst Zahlen bis zu 40% Differenz zwischen Kapazität und Hirngewicht bei Paralyse erlebt. Bei der senilen Demenz ist die Hirnverkleinerung, falls überhaupt eine solche besteht, in der Regel viel geringer (20—25%). Ganz auffallend oft fehlt aber bei den obengenannten Hirnkrankheiten jede Hirnverkleinerung auch nach jahrelangem, hochgradigem Blödsinn, so daß es also jedenfalls nicht gerechtfertigt wäre, wenn man aus dem Bestehen einer jahrelangen paralytischen oder senilen Demenz ohne weiteres auf Hirnatrophie schließen will.

Wenn nun andrerseits speziell bei Paralyse oft niedrige Hirngewichtszahlen gefunden werden, so braucht auch dieser Umstand noch keineswegs ein Beweis dafür zu sein, daß die betreffenden Gehirne durchweg atrophisch sind. Wie die Bestimmung der Kapazität lehrt, sind Paralytiker ziemlich oft mehr oder weniger mikrocephal. Derartige Schädel haben überhaupt nur einen Inhalt von 1050—1200 g, was einem dem Schädel durchaus angemessenen Gehirn von 950—1050 g entspricht. Ohne Berück-

Digitized by Google

sichtigung der Kapazität ist man selbstverständlich versucht, derartig leichte Gehirne Paralytischer als „atrophisch" anzusehen — oft genug gewiß mit Unrecht. Es beweist also auch diese Tatsache, daß Paralytische nicht selten mikrocephal sind, die Wichtigkeit der Kapazitätsbestimmung und zeigt zugleich, wie wertlos Hirngewichtswägungen Paralytischer sind ohne Berücksichtigung der Schädelkapazität.[1])

Auch bei den Hirnkrankheiten, welche zu einer Vermehrung fester Substanz in der Schädelhöhle führen, also in erster Linie bei den Hirntumoren, gibt die Berechnung der Kapazität und des Hirngewichtes ein anschauliches Bild über den Grad des Mißverhältnisses, d. h. die Intensität des Hirndruckes. Es hat sich hierbei ferner herausgestellt, daß verschiedene Gehirne auf den gleichen Tumor ganz verschieden reagieren können. Gehirne jugendlicher, kräftiger Personen vermögen einen hohen Hirndruck auszuhalten; es kann infolgedessen zu einem erheblichen Mißverhältnis zwischen Kapazität und Hirngewicht kommen und die knöcherne Schädelbasis muß bis gegen 300 und mehr Gramm feste Substanz zu viel beherbergen. Bei den Gehirnen älterer Leute scheint es hingegen nicht zu derartig hohem Hirndruck zu kommen. Vielmehr muß man annehmen, daß das Gehirn, etwa

[1]) Daß diese Paralytischen nun wirklich auch mikrocephal sind, läßt sich ferner nachweisen an dem Verhältnis des Gewichtes ihres Großhirnes zum Kleinhirn. Beim normalen Erwachsenen ist dieser Groß-Kleinhirnquotient 7,5—8,0 (mit Schwankungen zwischen 7,0 und 8,5). Beim Mikrocephalen hingegen ist oftmals das Kleinhirn zwar absolut normal schwer (130—150 g), relativ aber, in Beziehung zum Großhirn, zu schwer. Der Quotient $\frac{\text{Großhirn}}{\text{Kleinhirn}}$ ist dementsprechend klein, bleibt stets unter 6,5. Ebenso haben auch die mikrocephalen Paralytiker (bei einer völlig normalen Differenz zwischen Schädelinhalt und Hirngewicht!) einen sehr kleinen Groß-Kleinhirnquotienten. Es dürfte wohl auch dieser Umstand ein Beweis sein für die Mikrocephalie dieser Paralytiker. — Im übrigen soll hier die Frage ganz unerörtert bleiben, ob aus bestimmten inneren Gründen Mikrocephale leichter paralytisch werden können als normale Menschen. Es wäre ja z. B. möglich, daß unsere Bevölkerung überhaupt viel mit Mikrocephalen durchsetzt ist, und daß dieser Überschuß an Mikrocephalen sich infolgedessen auch am Paralytikermaterial zeigt. Die Tatsache, daß viele Paralytische mikrocephal sind, bleibt jedenfalls bestehen.

Digitized by Google

im Verhältnis des Wachstums des Tumor, einer lokalen und allgemeinen Atrophie anheimfällt, so daß schließlich bei der Sektion das Gewicht des Gehirnes plus Tumor ein durchaus normales sein kann im Verhältnis zur Schädelkapazität. Dementsprechend ist auch die den Tumor begleitende Geistesstörung bei alten Leuten häufig genug durchaus unabhängig von der Intensität des Hirndruckes; sie darf wohl als der klinische Ausdruck der mehr oder weniger allgemeinen Hirnatrophie angesehen werden.

Endlich wäre noch jener ziemlich rätselhaften Hirnschwellungen zu gedenken, welche ebenfalls nur dann festgestellt werden können, wenn man die Schädelkapazität bestimmt. Sie können, nach den bisherigen Erfahrungen, vorkommen bei kleinen Hirntumoren, wenn diese, trotz ihrer Kleinheit, starken chronischen Hirndruck hervorrufen, ferner bei epileptischen und paralytischen Anfällen, bei sogenannten funktionellen Psychosen (Katatonie) und vielleicht bei noch manchen anderen Hirnkrankheiten. Derartige Hirnschwellungen vermögen mit allen Zeichen des akuten und chronischen (Stauungspapille, Knochenveränderungen am Schädelinneren) Hirndruckes einherzugehen. Die Hirnsubstanz ist oft auffallend fest und trocken, die Gyri sind abgeplattet, und das Gehirn ist, ohne nachweisbare Herderkrankung, um 200 g und mehr zu schwer. Wenn man in solchen Fällen die Schädelkapazität nicht berücksichtigt, dann entgeht die Hirnschwellung dem Nachweis völlig; auch die allfälligen Hirndrucksymptome und der Tod der Kranken bleiben dann unaufgeklärt. Gerade das Vorkommen solcher Hirnschwellungen illustriert wohl am besten die Wichtigkeit einer konsequenten Kapazitätsbestimmung an der Leiche.

Daß durch konsequente Berücksichtigung der Schädelkapazität noch eine ganze Anzahl anderer interessanter Tatsachen sich ergeben, kann hier nur angedeutet werden. Was z. B. die Beziehungen zwischen Hirngewicht und Körpergewicht betrifft, so läßt eine Körperabmagerung verschiedener Ätiologie, auch wenn sie noch so hochgradig ist, das Hirngewicht doch in weiten Grenzen ganz unbeeinflußt. Andrerseits sterben z. B. Paralytische mit starker Hirnverkleinerung bei vorzüglichem Ernährungszustande. Auch Infektionskrankheiten, Nephritis usw. verändern in

Digitized by Google

der großen Mehrzahl der Fälle das Hirngewicht Erwachsener nicht irgendwie nachweisbar. Die Angabe *Marchands*, daß man namentlich bei Infektionskrankheiten (Diphtherie) ungewöhnlich hohe Hirngewichte antrifft, bezieht sich wohl in erster Linie auf Kinder, deren Gehirn vielleicht eine erheblich größere Neigung zur Quellung und Gewichts- bezw. Volumensvermehrung haben mag, wie ja auch Kinder viel leichter mit cerebralen Symptomen sogar auf z. T. an sich harmlose Infektionen und sonstige Reize reagieren.

Es bedarf also, um nochmals kurz zusammenzufassen, sowohl der Nachweis der normalen Größe eines Gehirnes wie derjenige einer Hirnverkleinerung, Hirnvergrößerung (Hirnschwellung), Mikrocephalie usw. stets der Berücksichtigung der Schädelkapazität. Es erscheinen fast in jedem Jahre Arbeiten über das Hirngewicht von Geistes- und andren Gehirnkranken, ohne daß hierbei die Schädelkapazität berücksichtigt worden wäre. Dementsprechend haben auch diese Arbeiten, trotz der vielen aufgewandten Mühe und Zeit, ein sehr geringes oder gar kein positives Resultat. Dies wird aber wohl anders werden, wenn bei jeder Sektion konsequent die Schädelkapazität in zuverlässiger und gewissenhafter Weise bestimmt wird. Es lautet die Frage eben nicht: Ist ein Gehirn überhaupt schwer, oder leicht? sondern die Frage lautet: Ist ein Gehirn im Verhältnis zu seinem Schädel zu schwer oder zu leicht? Bei keinem anderen Organ des Körpers sind wir in der gleichen Lage, mit annähernder Genauigkeit die normale Größe des betreffenden Organes feststellen zu können, wie beim Gehirn. Die richtige Vorstellung von der Größe eines normalen Gehirnes gibt uns aber nur die Schädelkapazitätszahl, während eine Hirngewichtszahl ohne Kenntnis der zugehörigen Schädelkapazität gewissermaßen in der Luft hängt und meistenteils ziemlich wertlos ist. Um nun konsequent bei jeder Sektion die Schädelkapazität bestimmen zu können, dazu glaube ich die hier geschilderte Methode der Kapazitätsbestimmung empfehlen zu dürfen.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

86. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 3. Dezember 1904 zu Breslau.

Nach Begrüßung der Anwesenden durch den Sekretär übernimmt auf Akklamation Sanitätsrat Dr. *Eicke*-Pöpelwitz, ein Mitbegründer des Vereins, die Leitung der Verhandlungen.

Herr *C. Neisser*-Bunzlau: Meine Herren! Indem ich Ihnen von dem Ausscheiden unseres langjährigen Vorsitzenden, des nach Halle a. S. übergesiedelten Professor *Wernicke* Kenntnis zu geben habe, glaube ich in Ihrem Sinne zu handeln, wenn ich dem Danke, welchen der Verein seinem Leiter schuldet, in einigen Worten Ausdruck verleihen möchte. Dieser Dank gilt in erster Linie der treuen Mühewaltung, mit welcher Herr Professor *Wernicke* seit mehr als fünfzehn Jahren die Geschäftsführung des Vereins bestimmt und die wissenschaftlichen Sitzungen geleitet hat, er gilt seinem allezeit betätigten aktiven Interesse, durch welches er einen lebendigen Einfluß auf die Mitglieder geübt hat, und welches ihn bewog, weit über den Rahmen der offiziellen Sitzung hinaus seine Zeit für die kollegiale Gemeinschaft jedesmal und gern zur Verfügung zu stellen.

Unter *Wernickes* Leitung hat der Verein einen erheblichen Aufschwung genommen; nicht nur die Mitgliederzahl ist gewachsen, sondern auch die jedesmaligen Tagesordnungen sind bedeutend reichhaltigere geworden und es sind in dieser Zeit eine große Zahl von wissenschaftlichen Mitteilungen in unserem Kreise zuerst gemacht worden, denen eine weiterreichende und bleibende Bedeutung zugesprochen werden darf. Ja, man kann geradezu sagen, es ist in der ganzen Zeit kaum eine einzige Sitzung vorübergegangen, in der nicht von *Wernicke* oder einem seiner Schüler irgend ein Beitrag gebracht worden wäre, welchem eine prinzipielle Wichtigkeit innewohnte, prinzipiell in dem Sinne, wie *Wernicke* den Fortschritt der Disziplin auffaßte. Die ganz eigenartige gradlinige Zielverfolgung, welche *Wernickes* wissenschaftliche Gedankenrichtung kennzeichnet, hat naturgemäß auch unseren Tagungen den Stempel aufgedrückt. Mancher mag damit nicht immer einverstanden gewesen sein, manches andere kam dabei naturgemäß zu kurz, die Behandlung praktischer und therapeutischer sowie auch mancher klinisch-

Digitized by Google

psychiatrischer Fragen fand vielleicht nicht immer vollen Raum in unseren Verhandlungen. Aber, meine Herren, ich darf vielleicht in dieser Hinsicht daran erinnern, daß auch die Zurückdrängung und Beschränkung mancher Richtungen vorübergehend ein wenn auch etwas gewaltsames, doch nützliches Mittel des Fortschritts sein kann. Fragen wir uns beispielsweise, wodurch es eigentlich zustande kam, daß im wesentlichen unter *Westphals* Einfluß eine Zeitlang die neurologischen und anatomischen Methoden ihre Suprematie in unserer Disziplin erlangt haben, so meine ich, daß nächst seinem Befunde der Bedeutung des Kniephänomens und nächst dem von ihm erbrachten Nachweise des spinalen Anteils an den motorischen Störungen der Dementia paralytica und neben noch manchem anderen Positiven, was ich gewiß nicht gering veranschlage, doch vor allen Dingen der Umstand von Bedeutung geworden ist, daß in dem führenden Organe der Kliniken, dem Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, lange Zeit hindurch die klinische Psychiatrie älteren Stiles, wenn ich so sagen darf, kaum zu Worte gekommen ist. Die bleibende Errungenschaft jener Zeit ist es, daß die Vollständigkeit neurologischer Untersuchung in jedem einzelnen Falle ein selbstverständliches Erfordernis geworden ist. Die *Westphal*schen Schüler und alle, die in jener Zeit zur Berliner Charité in Beziehung standen, leuchten hierin voran und nicht zuletzt *Wernicke* selbst, dessen Untersuchungskunst ich in diesem Kreise nicht zu rühmen brauche. Aber was *Wernicke* hinzugefügt hat, ohne ein Programm aufzustellen, lediglich durch die konsequente Betätigung in jedem einzelnen Falle, das ist die Handhabung einer zielbewußten psychischen Untersuchung, ausgehend von den gehirnpathologischen Grenzgebieten, den im weiteren Sinne aphasischen und asymbolischen Störungen, die er mit seinen Schülern in schrittweise differenzierender Entwicklung der Fragestellung und Methodik zu erforschen seine ganze Kraft einsetzte. Und gerade diese grundlegenden Bestrebungen sind es gewesen, deren Zeugen wir waren, deren Fortschreiten wir Sitzung für Sitzung, Jahr um Jahr hier verfolgt haben, und zu deren Gunsten im Verein — manchmal vielleicht ein wenig gewaltsam — jederzeit Raum freigehalten wurde.

Meine Herren! Die ganze Bedeutung und Stellung *Wernickes* in der wissenschaftlichen Entwicklung unserer Disziplin ihrem Werte nach abzuschätzen, wäre eine Aufgabe, zu welcher ich mich nicht berufen fühlen kann und deren Inangriffnahme verfrüht erscheinen muß, solange *Wernicke* selbst inmitten des Ausbaues seines Werkes begriffen ist. Nur einiges Wenige lassen sie mich dem Gesagten noch hinzufügen. Mag man den Wert von *Wernickes* psychiatrischer Klassifikation anzweifeln, mag man diese oder jene seiner Ansichten und Aufstellungen bekämpfen, auf alle Fälle wird man den mehrfach erhobenen Einwurf, der erst kürzlich wieder von *Helpach* zum Ausdruck gebracht worden ist, zurückweisen dürfen, daß es sich bei *Wernickes* psychiatrischen Arbeiten im wesentlichen um geistvolle Spekulationen handle. Das ist ein völliges Verkennen und Mißverstehen von

Digitized by Google

Wernickes Arbeitsweise und gerade wir, in deren Gegenwart die minutiöse Gründlichkeit seiner klinischen Untersuchung so oft sich zeigte, sind berufene Zeugen dafür, daß gerade jener Einwand nicht zutrifft. Nicht die Theorie und Spekulation ging voraus, sondern voran stand immer die klinische Beobachtung, und erst um dieser mit dem Verständnis und zur didaktischen Darlegung gerecht werden zu können, folgte die theoretische Differenzierung der Erscheinungen des Falles. Auch wenn alle angeknüpfte Theorie als falsch sich erwiese, bleibt der Wert der Tatsachenschilderung bestehen. Ich verweise in diesem Sinne auf die Darstellung der Motilitätspsychosen, die an Reichtum und Naturtreue der Beschreibungen wenigstens nach meiner persönlichen Meinung zu dem besten gehört, was die psychiatrische Literatur überhaupt enthält. Mit welchem Respekt *Wernicke* vor den klinischen Tatsachen Halt machte, auch wenn sie sich zunächst dem Gesamtaufbau seiner Betrachtungsweise nicht einfügen wollten, das beweist am besten seine Lehre von den Affekten, wo er anthropologische Erklärungsmomente zu Hilfe nehmen mußte, und diejenige von den fixen Ideen, wo er komplexe Leistungen, „Ideen", einfach wie Einheiten, wie Elemente behandelte, weil sie klinisch als geschlossene, einheitliche Gebilde in die Erscheinung traten. Doch ich brauche nicht weitere einzelne Beispiele anzuführen: allein schon der Umstand, daß *Wernicke* trotz der Originalität seines Denkens Schule gemacht hat, ist ein vollgültiger Beweis dafür, daß nicht in erster Linie ein spekulativer Subjektivismus, sondern eine lehrbare klinische Methodik und Detailarbeit durch ihn vertreten wird. Und, meine Herren, wenn wir in der psychiatrischen Literatur Umschau halten, so müssen wir wohl sagen, daß in der letzten Zeit ein Umschwung und Fortschritt erheblicher Art zu verzeichnen ist, ein Fortschritt in der Problemstellung, in der Symptomdifferenzierung, in der terminologischen Unterscheidung, vor allem aber in der Untersuchungsweise komplizierter psychischer Störungen und in den Anforderungen, welche in dieser Hinsicht an die Krankheitsbeschreibungen gestellt werden, und mag man ein Freund oder Gegner *Wernicke*scher Positionen sein, das Verdienst wird ihm nicht strittig gemacht werden können, daß er an dieser Besserung, welche eine so weite Perspektive für die Arbeit der Zukunft eröffnet, einen erheblichen, vielleicht den entscheidenden Anteil hat!

Wir hier im Verein — das glaube ich in Ihrer aller Sinne zu sagen — wissen es zu schätzen, daß *Wernicke* so lange Zeit der Unsere war und unseren Vorsitz führte, und ich darf wohl auf Ihre Zustimmung rechnen, wenn ich den Antrag stelle, Herrn *Wernicke* zum Ehrenmitglied des Vereins zu ernennen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen; auf Vorschlag von Herrn *Eicke* wird Herrn Professor *Wernicke* telegraphische Mitteilung gemacht.

Bei der nun folgenden Vorstandswahl wird Professor *Bonhöffer*-Breslau zum Vorsitzenden, Direktor *Neisser*-Bunzlau zum Sekretär gewählt.

Herr *Bonhöffer* übernimmt den Vorsitz, und es wird in die wissenschaftliche Tagesordnung eingetreten.

Digitized by Google

1. Herr *Chotzen*-Breslau: Über manisch-depressives Irresein bei organischer Gehirnkrankheit. (Demonstration.)

47jährige Lehrerin, früher gesund, leidet seit 1900 an periodischen Verstimmungen, erst nach äußeren Anlässen, dann ohne solche; danach Erregungen, so daß sie nach Angabe einer Schwester immer sechs Wochen lustig und sechs Wochen traurig war. Tat vorübergehend noch Dienst, fühlte sich aber leistungsunfähiger. November 1902 in der Depression Suizidversuch durch Aufschneiden der Pulsadern. 9. Oktober 1903 Aufnahme in die Anstalt in der manischen Phase: Euphorie, Rededrang mit geordneter Ideenflucht, Beschäftigungsdrang, gehobenes Selbstgefühl, Andeutung von Größenideen, Reizbarkeit, Erotie. Im übrigen klar und orientiert. Auffallend ist die Monotonie der Gedanken, geringe Produktion und Schlagfertigkeit, Kritiklosigkeit gegenüber dem Benehmen und den unsinnigen Äußerungen anderer Kranken. Nach vorübergehenden kurzen Depressionen, die sich Ende November häufen, wird sie im Dezember still, leicht gehemmt, zeigt starres, bekümmertes Gesicht, Unglücksgefühl, einzelne depressive Ideen, Taedium vitae. Ende Januar Besserung, fängt an sich zu beschäftigen. Bei anhaltender Besserung vorübergehend Zwangsideen (Ungeziefer). Dann Klagen über Reißen und Taubheitsgefühl in den Extremitäten, Ungeschicklichkeit der Hände. Objektiv nichts.

Im Juni schleppt sie die linke Fußspitze. Bei passiven Bewegungen keine Abschwächung der groben Kraft, keine Sensibilitätsstörung, elektrisch normaler Befund.

Mit Schwankungen wird das psychische Befinden immer besser. 5. August. Disponiert gut und verständig. Völlige Krankheitseinsicht. Gutes Verständnis für die Umgebung. 28. August. Unter Übelkeit und leichter Benommenheit plötzliche rechtsseitige Parese leichten Grades. Sprache stockend und verwaschen. Einige Tage Schwindel. Dann schwinden Sprachstörung und die geringe Schwäche der Finger bei feineren Bewegungen. Facialisparese, Abweichung der Zunge nach rechts und Schwäche der rechten Fußheber bleiben dauernd bestehen. 2. Oktober. Facialisparese rechts, Abweichen der Zunge nach rechts, Steifigkeit und Steigerung der Reflexe an beiden Armen. Verminderte passive Beweglichkeit beider Beine. Patellar- und Fußklonus. Leichte Parese der Dorsalflexoren des rechten Fußes und der rechten Unterschenkelbeuger. Fußspitze des linken Beines wird geschleppt. Pupillen reagieren prompt.

Alle die Lähmungserscheinungen sind bald deutlicher, bald weniger merklich. Ebenso schwankt nun auch ihre psychische Leistungsfähigkeit. Es fallen ihr Namen und Daten schwer ein, auch einfache Dinge, die sie als Lehrerin wissen muß, kann sie oft nicht produzieren; mitunter ist sie nicht fähig, eine Karte geordnet zu schreiben, es fehlen ihr Worte und Gedanken, und auch die Schrift ist zitterig, ausfahrend, kaum leserlich. Zu anderen Zeiten ist das alles nicht zu bemerken, wenn auch eine gewisse Einschränkung ihres Erinnerungsschatzes sicher zu konstatieren ist. Patientin hat für ihre

Digitized by Google

verminderte Leistungsfähigkeit auch volles Verständnis, ja subjektiv sind die Störungen erheblich größer als objektiv nachweisbar. Sie klagt, daß sie nichts mehr könne, daß sie „dumm" geworden sei. Im übrigen hat sie aber volle Krankheitseinsicht, beurteilt ihre Lage, ihre Verhältnisse, auch ihren Krankheitszustand völlig richtig, findet sich schließlich mit ihrer körperlichen Schwächung ab und nimmt sie eben als unabänderlich hin. Ihr Urteil bezüglich ihrer eigenen Person und ihrer Stellung zur Außenwelt ist also völlig ungetrübt: auffallend ist aber dagegen ihre Kritiklosigkeit, die sie auch jetzt noch gegenüber Verhalten und Äußerungen anderer Kranken zeigt.

Ihre Entlassung wird in Aussicht genommen. Auf eine entsprechende Mitteilung wird sie am 4. Oktober plötzlich wieder erregt und zeigt dasselbe manische Bild wie anfangs, doch weniger lebhaft und energisch, ihre körperliche Unzulänglichkeit tritt immer stärker hervor. 10. November: Facialis scheint links schwächer innerviert als rechts. Zunge nach rechts. Augenmuskeln frei. Sprache bei schweren Worten manchmal stockend, kein Silbenstolpern. Beide Fußspitzen bleiben beim Gehen am Boden hängen, die linke mehr als die rechte. Links Parese der Dorsalflexoren des Fußes, rechts nur angedeutet. Hypertonie in Arm und Bein, links mehr als rechts: Sehnenreflexe gesteigert, links mehr als rechts, beiderseits Fuß- und Patellarklonus. Babinsky beiderseits negativ. Sensibilität o. B. Keine Koordinationsstörung. Im linken Musc. tibial. ant. leichte Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, sonst nirgends. Gang unbeholfen, watschelnd. Pupillen reagieren gut.

Noch fernerhin schwanken die Erscheinungen: die Sprache ist bald ganz gut artikuliert, bald verwaschen und stockend. Facialisparese links bald deutlich ausgeprägt, bald nicht zu bemerken. Die Schrift bald undeutlich, die einzelnen Buchstaben nicht erkennbar durcheinandergeschrieben, bald ohne Tadel. So noch am 19. November ein Schreiben inhaltlich und der Schrift nach ohne Fehler, nicht ein einziger orthographischer Fehler. Aber im ganzen doch rasche Zunahme der körperlichen und geistigen Insuffizienz. Subjektiv trotz der Euphorie beständige Klagen über Kopfschmerzen und Müdigkeit. Wird immer unbeholfener, nach wenigen Schritten oder nach Erregung ganz atemlos. Puls dauernd klein und beschleunigt, gegen 100: 1. Ton an der Herzspitze unrein, 2. Pulmonalton etwas akzentuiert. Im Urin wenig E., Zylinder. Auch psychisch sehr erschöpfbar, nach wenigen Fragen versagt sie, kann ihre Gedanken nicht zusammenhalten, ist sehr unaufmerksam und zerfahren. Bringt einfache Rechnungen nicht mehr zustande, zeigt jetzt sehr erhebliche Gedächtnisdefekte. Doch sind auch diese ungleich, sie erinnert sich z. B. genau an Äußerungen, die vor einem Jahr gemacht wurden. Die Merkfähigkeit schwankt auch, ist bald herabgesetzt, bald wieder leistungsfähig. Dabei Bild der Manie unverändert.

Am 5. Dezember ohne deutlichen Insult, nur unter leichter Benommenheit und Blässe linksseitige Hemiplegie. Lähmung des ganzen Facialis, Armes und Beines. Prädilektionstypus, Kontraktur der Antagonisten, sehr ausgeprägt

Digitized by Google

am Arm. Steigerung der Sehnenreflexe, links mehr als rechts, Hautreflexe fehlen links. Schmerzempfindung im allgemeinen herabgesetzt. Berührungsempfindung nicht sicher zu prüfen. Lageempfindung gestört. Sprache ganz verwaschen und nuschelig. Zunge weicht noch ein wenig nach rechts. Vorübergehende Erschwerung der Blickrichtung nach links. Herabsetzung der Empfindlichkeit der rechten Netzhauthälften. Bei stärkerer Benommenheit noch einige Male Schluckerschwerung.

Der Grad der Benommenheit wechselt, am Tage der Demonstration ist sie gering. Patientin faßt aber sehr schwer auf, ist sehr unaufmerksam. Es besteht noch geringer monotoner Rededrang. Der körperliche Befund wie vorstehend. Die Pupillen, die während der ersten Tage nach dem Anfall träge reagierten, reagieren nun wieder gut. Viel Klagen über Kopfschmerz noch jetzt.

Das Zustandsbild mußte immer wieder an Paralyse denken lassen wegen der Erscheinungen der Demenz, der Gedächtnisstörungen, der Herabsetzung der Merkfähigkeit und besonders jetzt, bei der Unaufmerksamkeit, Zerfahrenheit, der Sprachstörung und den Anfällen. Nach Überblicken des gesamten Krankheitsverlaufs erscheint sie aber nicht mehr wahrscheinlich. Fälle von Paralyse, die als cyklisches Irresein verlaufen, sind selten, *Pilcz* hat aus der gesamten Literatur 48 zusammengestellt, er gibt als Charakteristikum an, daß die Wahnideen im Krankheitsbild überwiegen, und daß die körperlichen Symptome spät auftreten. Hier fehlen Wahnideen fast ganz, besonders die ungeheuerlichen paralytischen waren nie vorhanden. Die körperlichen Symptome sind nicht unbedingt paralytische; Pupillen reagieren noch jetzt gut, die Sprachstörung ist eine dysarthrische, keine ataktische, niemals bestand Silbenstolpern. Sie sind Herderscheinungen, von multiplen Herden, deren letzterer jedenfalls in den Pons zu lokalisieren ist. Wenn man aber auch die atypische Form *Lissauers* annehmen wollte, so wäre es auffällig, daß die psychologischen Erscheinungen sich bessern, während die körperlichen auftreten und sich verschlimmern. Während diese immer deutlicher wurden, kam Patientin in eine geistige Verfassung, daß sie vor Ausbruch des letzten Rezidivs, also vor etwa fünf Wochen, als fast normal anzusehen war. Allerdings bestanden Gedächtnisdefekte und eine gewisse Kritiklosigkeit, aber bevor das manische Bild auftrat, bestand keinerlei Störung der Aufmerksamkeit, keine Zerfahrenheit, überhaupt keine assoziativen Störungen. Patientin hatte gute Krankheitseinsicht und vor allem ein ganz richtiges Urteil über sich selbst, über ihre Lage und Leistungen und sogar ihre Defekte. War danach die Diagnose Paralyse schon unwahrscheinlich, so wurde ihr der Boden ganz entzogen durch wiederholte Lumbalpunktionen, die ein völlig negatives Resultat gaben.

Der Fall ist also aufzufassen als manisch-depressives Irresein bei organischer Gehirnkrankheit, Fälle, wie sie *Pilcz* und *Neisser* veröffentlicht haben. Bei der Natur der vorliegenden Erscheinungen ist am wahrscheinlichsten Arteriosklerose der Gehirngefäße. Dafür sprechen: das Schwanken

Digitized by Google

in den körperlichen und psychischen Leistungen, das frühe subjektive Em finden für die psychische Verschlechterung, die Einsicht in die Störung des Gedächtnisses, die Art der Anfälle, denen immer erst Vorboten vor gehen, bis sich in apoplektischen Anfällen dauernde Herdsymptome etablier die anfallsweise aber progrediente Verschlimmerung der körperlichen Sy ptome, die begleitenden Schwindelerscheinungen, andauernden Kopfschmerz großes Müdigkeitsgefühl; schließlich die Herz- und Nierenaffektion. *Krip* hält die Beziehungen der Arteriosklerose zum manisch-depressiven Irres für sehr enge und bezieht besonders die bei den in späteren Jahren a brechenden Psychosen nicht seltene Verblödung auf sie. Im vorliegend Falle wird angenommen, daß die Arteriosklerose nicht erst sekundär zu d manisch-depressiven Irresein hinzutrat, sondern daß dieses schon der Ausdru der beginnenden Gehirnerkrankung war, trotz erst nachträglich eintretend körperlicher Symptome, weil schon bei der Aufnahme nach zweijährig Krankheit deutliche Defekte nachzuweisen waren und die Arteriosklerose lange Zeit zu bestehen pflegt, ehe sie nachweisbare Symptome macht u weil Patientin sich auch schon nach den ersten Krankheitsanfällen wenig leistungsfähig fühlte. Der Zusammenhang wäre also hier derselbe wie in d Fällen, wo erst nach einem Schlaganfall die Psychose ausbricht, nur daß hi eben diese das erste Symptom der Hirnerkrankung ist.

2. Herr *Kramer*-Breslau berichtet über gemeinsam mit *Gottstein* ang stellte experimentelle und klinische Untersuchungen über Nerve pfropfung.

Die Tierexperimente erstreckten sich auf sechs Hunde und zwar wur in Anbetracht der ungünstigen funktionellen Resultate, die die Versuche a Facialis im allgemeinen ergeben haben, ausschließlich an Extremitätennerv operiert. Viermal wurde der durchschnittene Peroneus in den Tibialis ei gepflanzt, zweimal der Cruralis in den Ischiadicus, einmal der Medianus den Ulnaris. Bei einer Peroneus-Tibialisoperation lag zwischen der Durc schneidung und Einpflanzung des Nerven ein Zeitraum von vier Woche während dessen hochgradige Atrophie der versorgten Muskeln eingetret war; in allen übrigen Fällen folgte die Einpflanzung sogleich auf die Durc schneidung. Der Verlauf war — abgesehen von einem Hunde mit Cruralis Ischiadicusoperation, der vor vollendeter Restitution einging — in allen Fälle der gleiche. Nachdem bald nach der Operation vollkommene Lähmung m kompleter E. a. R. und starker Atrophie in den von dem durchnittenen Nerve versorgten Muskeln eingetreten war, begann nach durchschnittlich drei Monat die Restitution einzutreten, die willkürliche Beweglichkeit kehrte wieder. D Zeichen der Entartungsreaktion verschwanden allmählich; am längsten blie eine leichte Atrophie bestehen; nach etwa 8—10 Monaten war die Restitu vollendet. An dem getöteten Tiere ließ sich nachweisen, daß die Restitut nicht etwa dem Wiederzusammenwachsen der durchschnittenen Nervenende zu verdanken war; die mikroskopische Untersuchung ergab, daß in der Ta

Digitized by Google

die Fasern von der Einpflanzungsstelle in den eingepflanzten Nerven hereingewachsen waren (Demonstration mikroskopischer Präparate).

Außer den Tierexperimenten wurde auch zweimal am Menschen operiert und zwar waren es in beiden Fällen Kinder mit poliomyelitischer Beinlähmung, bei denen in Anbetracht des Alters und der Schwere der Lähmung eine spontane Restitution nicht mehr zu erwarten war. In dem einen Falle, in dem sich die Lähmung auf die vom Peroneus profundus versorgten Muskeln beschränkte, wurde dieser Nerv in den Peroneus superficialis eingepflanzt; in dem anderen Falle, wo eine totale Lähmung des Peroneusgebietes bestand, der Peroneus in den Tibialis, dessen Versorgungsgebiet intakt war, gepfropft. Kurz nach der Operation zeigte sich eine leichte Schädigung im Versorgungsgebiete des Nerven, in den die Einpflanzung erfolgt war; doch war diese bereits nach wenigen Wochen verschwunden. Eine Restitution der Lähmung war bei der letztvorgenommenen Untersuchung noch nicht eingetreten; doch war die Zeit seit der Operation noch zu kurz (3/4 Jahr), um ein endgültiges Urteil zu fällen; jedenfalls ist den Kindern durch die Operation nicht im geringsten geschadet worden.

Vortr. gibt dann noch einen kritischen Überblick über die bisherigen, den Gegenstand betreffenden Untersuchungen und geht zum Schluß auf die Frage ein, wie sich unter den veränderten anatomischen Bedingungen die Koordination wieder herstellen kann. Vortr. sieht in der Wiederherstellung der Koordination einen Vorgang, der prinzipiell von dem der normalen Übung nicht verschieden ist.

(Ein eingehender Bericht über die Untersuchungen wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.)

3. Herr *Förster*-Breslau: Hysterische Hemiplegie mit Demonstrationen. (Publikation vorbehalten.)

Diskussion: *Mann*, *Förster*.

4. Herr *Schröder*-Breslau: Über neuere Fortschritte in der pathologischen Anatomie der Hirnrinde.

Vortr. berichtet über die Wiederbelebung der Histopathologie der Hirnrinde durch *Nissl*. Jahrzehntelang war dieselbe über faseranatomischen Studien und Untersuchungen mit Hilfe der *Golgi*schen Methode fast völlig vergessen worden. *Nissl* hatte, nachdem die ausschließliche Zellanatomie sich endgültig als zurzeit nicht geeignet für pathologische Studien herausgestellt hatte, experimentelle Untersuchungen über die Regeneration nach Verletzungen der mannigfachsten Art vorgenommen. Er hatte u. a. Stellung genommen zur Frage des Vorkommens weißer Blutkörperchen im Hirngewebe, zu den sogenannten perivaskulären und pericellulären Räumen, zum Entzündungsbegriff und dem ominösen Begriff der kleinzelligen Infiltration. Besondere Aufmerksamkeit hatte er bei seinen Studien der Glia, dem Gefäßapparate und dem ihn begleitenden mesodermalen Bindegewebe geschenkt.

Digitized by Google

Auf dem Boden der Ergebnisse der Beschäftigung mit diesen Fragen stehen die neueren Fortschritte unserer Kenntnisse auf dem Gebiet der Histopathologie der menschlichen Großhirnrinde, die wir *Nissl* und *Alzheimer* verdanken. Zugute gekommen sind sie bisher in erster Linie den sogenannten hirnatrophischen Prozessen, der Lues cerebri, der arteriosklerotischen, der senilen Atrophie und vor allem der Paralyse.

Vortr. schließt daran ein Referat über die beiden vor kurzem erschienenen Arbeiten *Nissls* und *Alzheimers* über die progressive Paralyse.

Ihr Hauptresultat ist eine wesentliche Vertiefung unseres Wissens von den Veränderungen in der Rinde bei Paralyse, und die Möglichkeit, diese Erkrankung mit Sicherheit post mortem zu diagnostizieren und von den genannten übrigen atrophischen Prozessen zu unterscheiden.

5. Herr *Koebisch*-Breslau: Fall von myasthenischer Bulbärparalyse.

---

87. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 11. März 1905 zu Breslau.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten (Eingänge, Statutenberatung, Aufnahme von Dr. *Baumann*-Breslau und Dr. *Heilemann*-Bunzlau, Dr. *Kunze*- und Dr. *Rother*-Rybnik als Mitglieder) erteilt der Vorsitzende, Prof. *Bonhöffer*-Breslau, das Wort zu den Vorträgen:

1. Herr *Kramer*-Breslau demonstriert einen ungewöhnlichen Fall von Bleilähmung.

Es handelte sich um einen Lakierer, der seit 1878 in seinem Berufe tätig ist und seit dieser Zeit mit Bleifarben in Berührung kommt. Patient hat im Jahre 1881 eine akute Erkrankung überstanden, deren Natur nicht mehr genauer zu bestimmen ist, die jedoch wahrscheinlich in einem poliomyelitischen Prozeß bestanden hat. Von dieser Erkrankung sind ausgedehnte atrophische Lähmungen im Bereiche des linken Schultergürtels und Oberarms zurückgeblieben; der Unterarm blieb dagegen durchaus intakt. Infolge der Lähmung konnte Patient die linke Hand nie zum Streichen, sondern nur zum Festhalten, Halten des Farbentopfes usw. benutzen. Im Herbst 1904 hat sich nun bei dem Patienten außerdem eine Lähmung der linken Hand eingestellt, die bei näherer Untersuchung die typischen Charakteristika der Bleilähmung aufweist. Es besteht eine Lähmung der Hand- und Fingerstrecker bei Intaktheit des Supinator longus; in den gelähmten Muskeln besteht starke Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit und für den galvanischen Strom die Anzeichen der Entartungsreaktion. Am rechten Arme bestand keinerlei Lähmung.

Digitized by Google

Im Anschluß an den demonstrierten Fall bespricht Vortr. die Abnutzungstheorie von *Edinger*; dieser will die spezielle Lokalisation der Bleilähmung im Radialisgebiet mit Verschonung des Supinator longus auf die Besonderheiten der Anstrichbewegungen bei Malern und Lakierern zurückführen. Der demonstrierte Fall spricht durchaus gegen diese Erklärung, da hier die Bleilähmung genau den gleichen Typus zeigte an einem Arme, der nachweislich zum Anstreichen nie benutzt wurde, noch benutzt werden konnte.

Daß bei dem Patienten die Bleilähmung nur einseitig ist und in ungewöhnlicher Weise die linke Seite betrifft, ist wohl dadurch zu erklären, daß die Nerven des linken Armes infolge des alten poliomyelitischen Prozesses in ihrer Widerstandsfähigkeit gelitten haben und daher der Schädigung durch das Gift leichter unterliegen.

Mit Rücksicht auf die *Edinger*sche Theorie hat Vortr. 37 in der Kgl. Nervenpoliklinik zur Beobachtung gelangte Fälle von Bleilähmung bezüglich Beruf und Lokalisation der Lähmung verglichen, ohne jedoch die von *Edinger* betonten Beziehungen zwischen beiden bestätigt zu finden.

2. Herr *Chotzen*-Breslau: Krankendemonstration.

32jähriger Mann, vor einigen Monaten akut erkrankt, zeigte lebhafte Bewegungsunruhe, zum Teil bestimmten Situationen entsprechend, z. B. militärischen: der Kranke marschierte, kommandierte, usw. zum Teil aber eintönige stereotyp wiederholte Bewegungen, Beugen des Oberkörpers, Drehen im Kreise, Grimassieren u. dergl., Innehalten eigentümlicher Stellungen; er hockte im Bett oder lag lange in Knieellenbogenlage. Hypermetamorphotischer Bewegungsdrang. Sehr viel manierierte Bewegungen. Dazu Rededrang, gänzlich inkohärent; ungeordnete Ideenflucht, viel Klangassoziationen und Hypermetamorphose. Inhalt eintönig, viel Reminiszenzen, häufig gänzlich unsinnig, abenteuerlich phantastisch. Vorübergehende nie festgehaltene Größenvorstellungen, auch Beziehungs- und Verfolgungsideen. — Anfangs lebhaftere, jetzt seltenere Halluzinationen des Gesicht und Gehörs, flüchtige Personenverkennungen. War orientiert, aber schwer fixierbar. — Das erst sehr lebhafte Bild hat sich nun gemildert, der starke, zwischen Euphorie und Gereiztheit schwankende Affekt hat nachgelassen. Patient ist jetzt meist apathisch, interesselos, manchmal läppisch vergnügt, lacht viel, kümmert sich wenig um die Umgebung, spricht aber immer leise in der beschriebenen Art vor sich hin, dabei auf die äußeren Eindrücke oft reagierend, während er sie scheinbar gar nicht beachtet. Faßt gut auf, der Bewegungsdrang beschränkt sich nun auch fast nur noch auf gewisse Manieren: angesprochen, kneift der Kranke ein Auge zu, gibt unter sonderbaren Verdrehungen die Hand, schneidet Gesichter usw. Häufiges meist scherzhaftes Danebensprechen. Viele selbstgemachte, unverständliche Worte, zum Teil Termini für Krankheitserscheinungen wie: Wasserstimmen, Gummimenschen usw. In seinen Reden, die fast immer unverständlich sind, nur selten einmal eine richtige Antwort oder zutreffende Personalangaben. Gewisses Krankheitsbewußtsein, spricht vom verrückten Sinn, er sei verdreht im Kopf.

Diese Erkrankung, die nach dem augenblicklichen Bilde als ein vorgeschrittener Fall von Dementia praecox erscheint, ist die 10. bei diesem Kranken, der zuerst im 16. Lebensjahr erkrankte. Wurde damals zerstreut, unstet, blieb nicht bei der Arbeit. 2 Jahre darauf Angstzustände, danach 6 Monate depressiv, dann erregt, gewalttätig (1890). 1892 wieder mehrere Monate depressiv. 1893 zuerst in die Anstalt, 8 Monate Erregung, dann Akinese mit Mutazismus, allmähliche Rückkehr zur Genesung, während er noch lange nicht spricht. Dann noch 5mal in Anstalten auf die Dauer von 6—15 Monaten, immer nach Pausen von etwas über einem Jahr. Zuletzt entlassen im Februar 1903 aus Dziekanka nach 15monatigem Aufenthalt. Aus den in der Krankengeschichte von dort enthaltenen Abschriften ist zu ersehen, daß diese letzten Anfälle übereinzustimmen scheinen. Immer begannen sie akut mit dem oben geschilderten Zustande, der bald als maniakalische, bald als halluzinatorische Verwirrtheit bezeichnet wird, und nahmen auch einen ähnlichen Verlauf. Patient wird fast immer geheilt entlassen. Speziell die letzte Erkrankung, über die eine genauere Krankengeschichte vorliegt, stimmt mit der jetzigen überein, bezw. die Stereotypien sind in derselben Weise geschildert.

Nachdem er 1/2 Jahr geordnet geblieben, gute Sattlerarbeit geliefert hatte, wurde er geheilt entlassen unter ausdrücklicher Erwähnung eines geordneten Benehmens, seiner guten Krankheitseinsicht und keiner weitergehenden geistigen Schwäche. Der Kranke arbeitete seitdem auch wieder in seinem Handwerk. Diese Übereinstimmung läßt erwarten, daß der Verlauf auch diesmal der gleiche sein wird.

Die Psychose kennzeichnet sich also durch häufige Rezidive von erst depressiv akinetischen, dann manisch hyperkinetischen Anfällen unter sich von gleichförmigem Verlauf, bei günstiger Prognose der einzelnen Anfälle. Das Krankheitsbild wurde wiederholt als Melancholie und Manie bezeichnet, und die letzten Anfälle erinnern an die manischen Zustände durch die Euphorie, die Ideenflucht durch Fehlen von eigentlichem Negativismus: der Kranke blieb immer beeinflußbar. Nun können ja, wenn man bei der Verlaufsweise an die manisch-depressiven Psychosen im Sinne *Kraepelins* denken wollte, bei diesen Stereotypien und Manieren vorkommen, indessen hier sind so viele für Dementia praecox charakteristische Symptome beisammen, die eigentümliche Passivität und Interesselosigkeit, die Manieren, das Danebensprechen, die Kunstausdrücke, die ganz absurden Ideen, daß man schon annehmen müßte, daß die periodischen Psychosen genau das Bild einer Dementia praecox bieten können. Wollte man aber nach diesen Symptomenbild und der Entstehung in der Pubertät die Diagnose auf eine solche stellen, so wäre der Verlauf ein höchst absonderlicher.

Gewiß kann auch sie rezidivieren, aber nach wenigen Anfällen, die nicht gleich zu sein pflegen, tritt gewöhnlich Stillstand oder Verblödung ein, und hier so zahlreiche langdauernde Anfälle und keine Verblödung. Verständlicher wird vielleicht das Bild, wenn wir an *Wernickes* Schilderung der verworrenen Manie denken. Bei ihr können zu den Zeichen der verwirrten

Digitized by Google

Manie psychosensorische und psychomotorische Symptome wie hier hinzutreten, und die Psychose hat enge Beziehungen zur hyperkinetischen Motilitätspsychose, mit der sie vikariieren kann. Die Differentialdiagnose ist, wie *W.* selbst schreibt, manchmal nicht möglich. Die Periodizität und die günstige Prognose hätte vorliegende Krankheit mit dieser Psychose gemein. Ungewöhnlich wäre der Verlauf aber auch für sie, denn hier sind nicht häufige kurze und einzelne längere Anfälle, sondern lauter lange, außer den hyperkinetischen auch akinetische, und der hebephrenen Form die doch hier vorliegen müßte, gibt auch *W.* eine schlechte Prognose.

Wie man auch die Krankheit betrachten möge, das eine kann man jedenfalls entnehmen, daß die Bedeutung der motorischen Symptome nicht so ominös ist, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist, selbst Stereotypien, Manieren, Kunstausdrücke brauchen nicht unbedingt einen ungünstigen Ausgang anzuzeigen. Vielleicht kommt übrigens in der jetzigen Phase, in dieser eigentümlichen Apathie mit Fortdauer der stehenden Manieren etwas Neues zu dem Krankheitsbilde hinzu, wenigstens wird ein solches Stadium in dieser Ausprägung in der vorigen Krankengeschichte nicht geschildert. Es könnte darin doch eine späte Progredienz liegen, aber auch an eine andere Möglichkeit ist zu denken. Der Kranke hat vor 8 Jahren Lues akquiriert und der zytologische Befund ist stark positiv, wie bei Paralyse. Außer einer vorübergehenden Harnverhaltung, die übrigens vor 5 Jahren schon einmal eingetreten sein soll, besteht aber zurzeit nichts, was die Annahme einer Paralyse rechtfertigen könnte, auch noch kein einziges Symptom für Tabes.

Diskussion: *Neisser, Bonhöffer.*

Herr *Chotzen* (Schlußwort): Auf Anfrage Herrn *Bonhöffers*:

Vor dem 3. letzten Anfall soll Patient einen epileptischen Anfall gehabt haben, der die Pyschose einleitete. Es ist auch erwähnt, daß er durch Schläge auf den Kopf, die er selbst aber 1 Jahr nach Ausbruch der ersten geistigen Störung datiert, Anfälle von Krämpfen und Geistesstörungen bekommen habe. In den Anstalten ist von Epilepsie nie etwas hervorgetreten.

3. Herr *Pawel*-Breslau: Ein Fall von Infantilismus unter dem Bilde der juvenilen Paralyse.

Der 20jährige Patient bot außer den Erscheinungen einer thyreogenen Entwicklungshemmung (Stehenbleiben auf kindlicher Stufe, Hypoplasie der Schilddrüse) das Bild fortschreitender Demenz und eine Reihe motorischer Symptome (Lichtstarrheit der Pupillen, Sprach- und Schreibstörung, Ataxie u. a.).

Der Vortrag soll nächstens in extenso erscheinen.

4. Herr *Schröder*-Breslau: Zur Frage der akuten Entzündung im Zentralnervensystem.

Vortr. geht aus von dem *Nissl*schen Begriff der histologischen Grenzscheide der Gefäße gegen das nervöse Gewebe, einem Begriffe, für den wir die anatomische Grundlage in der neuesten Arbeit von *Held* über die Neuroglia finden.

Digitized by Google

Für die histopathologische Abgrenzung des Begriffes Entzündung sind zurzeit nur verwertbar die zelligen Bestandteile der Exsudate.

Die kritische Beleuchtung des Begriffes der „kleinzelligen Infiltration" verdanken wir *Nissl*. Streng zu unterscheiden sind einmal Leucocyten und Lymphocyten. Erstere finden sich in erheblicheren Mengen im Gehirn und Rückenmark nur beim Abszeß. Sie zeichnen sich aus durch Mangel an Respektierung der biologischen Grenzscheide. Lymphocyten und die ihnen offenbar sehr nahe stehenden Plasmazellen bilden die echten perivaskulären Infiltrate: sie liegen in den adventitiellen Lymphscheiden, dringen nur sehr selten ins ektodermale Gewebe.

Von wesentlicher Bedeutung für die Entzündungslehre sind die Körnchenzellen (Gitterzellen von *Boedecker* und *Juliusburger*). Sie sind mesodermaler Herkunft, stammen wahrscheinlich *[Nissl]* von der Gefäßwand ab, stellen die Phagocyten kat' exochen dar und haben mit der akuten Entzündung als solcher nichts zu tun. Sie treten aus dem Gewebe in die Lymphscheiden über (keine Exsudate!).

Zu hüten hat man sich ferner vor Verwechslung mit vermehrten Glia zellen um die Gefäße und mit einer Vermehrung der zelligen Bestandteile der Gefäßwände.

Bei der echten Encephalitis und Myelitis finden sich herdweise, massige Mäntel von Lymphocyten und Plasmazellen um die Gefäße. Nur dann, wenn infolge von Erweichungen und Blutungen lokale Zerstörungen des gesamten Gewebes zustande kommen, treten Körnchenzellen auf.

Von einer großen Anzahl von Pathologen werden die Veränderungen im Anschluß an blande Verletzungen den echten entzündlichen Vorgängen zugerechnet. Dadurch ist viel Verwirrung entstanden, ebenso durch den Begriff der hämorrhagischen Entzündung im Gehirn und Rückenmark. Das beste Beispiel dafür ist die *Wernicke*sche Polioencephalitis haem. sup. Bei ihr finden sich miliare Blutungen und je nach dem Alter die entsprechenden regenerativen Veränderungen des umgebenden Gewebes. Identische Befunde sind in der Hirnrinde bei schweren Delirien, im Initialstadium der *Korsakow*schen Psychose, bei schweren Schädeltraumen, Vergiftungen u. a. m. zu erheben. Wahrscheinlich liegen auch einem großen Teil der alkoholischen sogenannten Neuritiden entsprechende Veränderungen zugrunde. Von dem Bilde bei echter Encephalitis sind diese Veränderungen toto coelo verschieden.

Diskussion: *Sachs, Schröder.*

5. Herr *Kutner*-Breslau: Über den diagnostischen Wert der Lumbalpunktion für die Psychiatrie.

K. hat an 88 Patienten des städtischen Irrenhauses zu Breslau 109 Punktionen ausgeführt und den Liquor cerebrospinalis auf seinen Eiweiß- und Zellgehalt untersucht. Vermehrung der Zellen fand er in fast allen Fällen von Paralyse, in zwei Fällen von schwerem Delirium tremens alkoholicum und bei einigen anderen Psychosen, bei denen Lues sicher oder wahrscheinlich

Digitized by Google

rausgegangen war. Der Eiweißgehalt war außer bei der überwiegenden hl der Paralysen nur noch in einem Falle von Turmschädel mit Epilepsie rmehrt. In einigen Fällen wurde das Ergebnis der Punktion von ausschlaggebender Bedeutung für die Diagnose.

Der Vortr. ist von dem hohen Werte der Untersuchung überzeugt, hat er andererseits in einer Anzahl von Fällen bald leichtere, bald schwerere lgeerscheinungen, in einem Falle auch einen recht ernsten Zustand gesehen, daß er eine gewisse Zurückhaltung in der Anwendung des Eingriffes pfehlen muß.

(Der Vortrag erscheint in erweiterter Form in der Monatsschrift für ychiatrie und Neurologie.)

Diskussion: *Bonhöffer.*

6. Herr *Pawel*-Breslau: Demonstration von Achsenzylinderprägnationen nach den neuen *Cajal*schen Methoden. Dieselben eignen h der größeren Konstanz und Gleichmäßigkeit halber besser für pathologische Zwecke als die ursprünglichen (mehr Details zeigenden) Fibrillenthoden.

7. Herr *Bonhöffer*-Breslau: Demonstration eines Gehirns.

---

115. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. März 1905.

Anwesend die Herren: *Adam*-Herzberge a. G., *Ascher*-Berlin, *Bendalin*. *Paul Bernhardt*-Dalldorf a. G., *Birnbaum*-Herzberge a. G., *Bratz*-Wuhlgarten. *Dehmel* a. G., *Max Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge a. G., *Falkenberg*-Herzberge, *Frenkel*-Heiden a. G., *Gallus*-Potsdam, *Gock*-Landsberg a. W., *Hmann*-Berlin a. G., *Henneberg*-Berlin, *Hoffmann*-Eberswalde, *Hülsemann*-lin a. G., *Jastrowitz*-Berlin, *Junius*-Dalldorf, *S. Kalischer*-Schlachtensee, *pstein*-Dalldorf, *Koenig*-Dalldorf, *Laehr sen.*-Zehlendorf, *Hans Laehr*-weizerhof, *Max Lachr*-Haus Schönow, *Leubuscher*-Berlin a. G., *Moeli*-Herzge, *Möller*-Berlin, *Mucha*-Franz.-Buchholz, *Nawratzki*-Wannsee, *Rauschke*-lin a. G., *Reich*-Herzberge, *Roesen*-Landsberg a. W., *Sander*-Dalldorf, midt-Herzberge a. G., *Seelig*-Herzberge, *Seiffer*-Berlin a. G., *Spliedt*-Ebersde, *Skoczyński*-Berlin a. G., *Vial*-Herzberge a. G., *van Vleuten*-Dalldorf, rkastner-Berlin a. G., *Weiler*-Westend, *Woernlein*-Sorau N.-L., *Zinn*-Ebersde.

Am Vorstandstisch: *Gock, Laehr sen., Moeli, Sander.*

Vorsitzender: *Moeli.*

Der Vorsitzende weist darauf hin, daß die städtische Irrenanstalt Dallrf im Februar ihr 25jähriges Bestehen feiern konnte und gedenkt mit

Digitized by Google

ehrenden Worten des Direktors der Anstalt, Geh. Rat Dr. *Sander*, sowie de Oberarztes Sanitätsrat Dr. *Richter*, welche die gleiche Zeit an der Anstal tätig sind.

Herr *Henneberg*-Berlin: Pseudohermaphroditismus und Psychos

Das jetzt 30jährige Dienstmädchen Anna Sch. suchte 1903 die gyn kologische Poliklinik wegen Unterleibsbeschwerden auf. Es wurde folgend Befund (Dr. *Helmbold*) erhoben. Gesamthabitus weiblich. Sekundäre männ liche Geschlechtscharaktere fehlen. Kopfhaare lang und dünn, keine Andeu tung von Bartwuchs. Stimme und Kehlkopf weiblich. Achselhöhlen haarlo Arme auffallend kräftig. Brustdrüsen gut entwickelt. Beckenmaße weiblich ebenso Fettverteilung an den Beinen. Mons veneris und Labia majora fet arm, sehr wenig behaart, Klitoris und Labia minora normal, Hymen vorhande Vagina 1,5 cm lang, Uterus und Ovarien fehlen, Urethra normal. Prostat nicht vorhanden. Vor dem Leistenkanal beiderseits ein verschieblicher, druck empfindlicher Tumor. November 1905 Exstirpation desselben, sie erweise sich als Hoden mit Nebenhoden. Länge rechts 5,9 cm, links 6,2 cm. Hoden drüsensubstanz rechts 2,9 cm, links 3,2 cm lang. Vasa deferentia nicht nach weisbar. Histologischer Befund: unentwickelte Hoden, keine Spermatozoen im linken Hoden erbsengroße Gewebsmasse vom Bau der Nebenniere.

Februar 1905 Aufnahme der Patientin in die psychiatrische Klinik de Charité. Hier machte sie folgende Angaben: Als Kind ist sie gesund gewesen hat mit Puppen gespielt und sich mit Handarbeiten befaßt. Seit dem 14. Lebensjahr ist sie als Kindermädchen, später als Dienstmädchen in Stellung gewesen. Zeugnisse gut. Patientin war bis zu fünf Jahren in einer Stellung, sparte 1000 M. Das Nichteintreten der Periode wurde zunächst wenig beachtet. Niemals bestanden erotische Neigungen zu männlichen oder weiblichen Personen. Für sexuelle Dinge bestand niemals ein Interesse Bis zum 18. Lebensjahr zurückhaltendes Wesen, im übrigen normales psy chisches Verhalten. Wegen Fehlen der Menses konsultierte Patientin damals einen Frauenarzt, der ihr über ihren Zustand keine Aufklärung gab, ihr aber mitteilte, daß sie nicht heiraten dürfe. Seitdem gemütliche Depression Patientin weinte viel, dachte viel über ihren Zustand nach, versuchte einmal mit einem Manne sexuellen Verkehr, bei demselben bestand keinerlei Geschlechtsgefühl.

In der Folge allmähliche Verschlechterung des Befindens. Neben melancholischer Verstimmung bestand: Schwächegefühl, Unruhe, Kreuzschmerz Zittern nach Anstrengungen.

Patientin hat schon als Kind die Geschwülste in der Leistengegend bemerkt. Seit dem 13. oder 14. Lebensjahr sollen sie von Zeit zu Zeit angeschwollen sein. Sie waren in wechselndem Maße druckempfindlich und bei der Arbeit hinderlich. Patientin mußte sie oft in die Bauchhöhle zurück drängen. Sie entschloß sich daher zur Operation. Nach derselben Schwinden der lokalen Beschwerden, Verschlechterung des Allgemeinbefindens. März 190

Digitized by Google

Behandlung in der Nervenpoliklinik wegen Schlaflosigkeit und Zittern. Nach der Operation allmähliche Ausbildung eines paranoischen Zustandes. Patientin glaubt sich überall beachtet, glaubt, daß die Leute über sie Bescheid wüßten, hört Bemerkungen auf der Straße, z. B.: sie ist ein 6¾ Monatskind; sie ist krank gewesen und dadurch zwei Jahre zurückgekommen usw. Sie wechselte fortwährend die Stellungen, reiste unstät umher, verbrauchte ihre Ersparnisse. Später Wahnbildung bezüglich ihrer Abkunft. Patientin glaubt nicht das Kind ihrer Eltern zu sein, sie entnimmt dies aus Andeutungen ihrer Schwestern und Dienstherrschaften. Als ihren Vater bezeichnet sie bald einen Major, bald einen Gerichtsrat. Sie glaubt Ansprüche auf Geld und Grundstücke zu haben.

Die Intelligenz entspricht dem Durchschnitt, psychologische Untersuchungen ergeben keine Besonderheiten. Patientin ist zurückhaltend, sehr energielos, dauernd deprimiert und äußert öfters Suizidalabsichten.

Die Schwester der Patientin gab an, daß die Mutter geisteskrank (Dementia senilis?) war. Patientin war immer auffallend zurückhaltend, zeigte niemals eine Neigung für eine bestimmte Person. Seit 1896 erschien sie deprimiert im Zusammenhang mit der erwähnten Mitteilung des Arztes. Nach der Operation deutlicher. Verschlechterung des psychischen Verhaltens.

Der Fall (Pseudohermaphroditismus masc. ext.) ist sehr ungewöhnlich in Anbetracht des Fehlens aller sekundären männlichen Geschlechtscharaktere und der völlig weiblichen Bildung der äußeren Genitalien. Die psychische Störung steht im engen Zusammenhang mit der Mißbildung und der durch dieselbe bedingten Situation. Es handelt sich um eine psychopathische Konstitution und Paranoia chron. incipiens.

Die psychischen Störungen bei Pseudohermaphroditismus haben bisher wenig Beachtung gefunden. Beobachtet wurde: melancholische Verstimmung, (Suizid), Paranoia, Imbezillität, Hysterie und Epilepsie.

Vortr. weist darauf hin, daß in dem vorliegenden Falle auf den Verlauf des Leidens die ärztliche Mitteilung sowie die Kastration (wie auch schon in anderen Fällen) offenbar ungünstig eingewirkt haben, und führt aus, daß für beide Maßnahmen eine ausreichende Indikation wohl nicht bestanden habe.

Herr *Vorkastner*: Seltene Fälle von Augenmuskellähmungen.

Vortr. stellt drei Fälle seltener Augenmuskellähmungen vor. Der erste, 66 Jahre alte Patient erkrankte vor 2½ Jahren mit Ohrensausen und „Kopfschwindel", der in Anfällen auftrat. Während der Anfälle torkelte Patient, fiel auch einige Male hin, ohne bewußtlos zu werden. Vor etwa 1 Jahr Doppeltsehen. Seit einigen Wochen öfters Verschlucken. Ferner Klage über Speichelfluß und Steifheit in den Gliedern.

Im Mittelpunkt der objektiven Symptome Augenmuskelstörungen. Bulbi erreichen beiderseits Endstellung nicht, nach oben und unten Augenbewegungen nur spurweise angedeutet. Konvergenz schwer geschädigt. Binnenmuskeln intakt. Herabsetzung der Hörschärfe beiderseits. Mimische Starre

Digitized by Google

der Gesichtsmuskulatur. Seltenheit des Lidschlags. Monotone Sprache. Wiederholen einzelner Wörter. An den peripheren Arterien Arteriosklerose mäßigen Grades. Irregulärer und inäqualer Puls, auf myokarditische Veränderungen am Herzmuskel zu beziehen. Keine Paresen in den Extremitäten, dagegen leichte Hypertonie. In den Händen leichter statischer Tremor, manchmal leichter Ruhetremor im Metacarpophalangealgelenk des linken Daumens. Alle Bewegungen des Patienten etwas schwerfällig, besonders auch der Gang (mit leicht nach vornüber geneigtem Oberkörper). Retropulsion. Sehnenreflexe lebhaft. Babinski am linken Fuß (?). Sensibilität intakt.

Epikrisis: Es liegen Erscheinungen vor, die an Paralysis agitans sine agitatione denken lassen, ferner ein bulbärparalytischer Symptomenkomplex: Speichelfluß, Schluckstörungen, Augenmuskelstörungen. Hinweis auf die *Bruhn*sche Veröffentlichung über bulbärparalytische Erscheinungen bei Paralysis agitans. *Bruhn*sche Fälle unterscheiden sich von dem vorliegenden dadurch, daß bulbärparalytische Symptome, mit Ausnahme des als Frühsymptom von *Oppenheim* gekennzeichneten Speichelflusses, erst im späteren Verlauf einer vollausgebildeten Paralysis agitans auftraten, und daß Augenmuskelstörungen fehlten. Vorkommen echter Augenmuskellähmungen bei Paralysis agitans zweifelhaft. Daher Differentialdiagnose zu Paralysis agitans und eine ihrem Syptomenbilde sehr ähnliche Form der Pseudobulbärparalyse. (Arteriosklerose, Schwindelanfälle, Babinski am linken Fuß.) Die Augenmuskelstörung hat öfters vorübergehend pseudobulbärparalytischen Charakter dargeboten: Augenmuskeln gehorchten nur dem Willen des Patienten nicht, leichtere und ausgiebigere Einstellung bei Fixieren eines Gegenstandes. Hinweis auf die Pseudoophthalmoplegia *Wernickes*. Dieses Phänomen hier, weil zu schwankend, nicht für supranukleären Sitz verwendbar. Nukleäre Ursache der Augenmuskelstörung nicht auszuschließen. Otologen verlegen den Sitz der Hörstörung ebenfalls in die Kernregion. Pseudobulbärparalysen haben häufig cerebrobulbären Charakter. Differentialdiagnose in suspenso gelassen. Die Ähnlichkeit zwischen dem der Pseudobulbärparalyse zugrunde liegenden Prozeß und dem vermutungsweise der Paralysis agitans eigentümlichen, ebenfalls vorzugsweise vaskulären Prozeß im Zentralnervensystem machen es dem Vortr. nicht unwahrscheinlich, daß zwischen beiden Erkrankungen nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch fließende Übergänge vorkommen.

Der zweite Patient (46 Jahre) ist seit seinem vierten Lebensjahre mit einer linksseitigen Ptosis behaftet, angeblich nach Masern entstanden. Demonstration einer Photographie aus früheren Lebensjahren. Seit seinem elften Lebensjahre leidet er an Migräneanfällen, die sich mit Doppeltsehen verbanden. Im Anschluß an einen besonders heftigen Migräneanfall stellte sich im August vorigen Jahres eine mit Gefühlsstörung verbundene Schwäche der linken Seite ein. Abnahme des Sehvermögens.

Objektiv: Linke Pupille reagiert träger, linkes Augenlid hängt. Augenbewegungen sonst frei. Beiderseits Neuritis optica mit Blutungen. Herabsetzung der Hörschärfe auf dem linken Ohr. Linksseitige Hemiparesen mit

Digitized by Google

mehr deutlich nachweisbar, aber vorhanden gewesen. Linksseitige Hemihypästhesie und Hemianopsie. Patellarreflex und Tricepssehnenreflex links gesteigert. Die Möglichkeit des Zusammenhangs der drei Erscheinungen: Augenmuskellähmung (Ptosis), Migräne und organische Erkrankung (Tumor) wird besprochen. Hinweis auf die *Karplus*sche Arbeit. *Karplus* trennt die periodische Oculomotoriuslähmung von der Migräne ab, erkennt dagegen die Fälle echter Migräne an, die sich mit Augenmuskellähmungen kombinieren. Er postuliert für die letzteren Fälle das Hinzukommen eines sonst bei der Migräne nicht gegebenen Momentes, das eine bestimmte Stelle im Verlauf der Oculomotoriusbahn zum Locus minoris resistentiae macht. Es ist interessant, zu sehen, daß hier das Auftreten einer auf irgendeine Weise erworbenen Ptosis dem Auftreten des ersten typischen Migräneanfalls sieben Jahre vorausgegangen, und daß dieser sich sogleich mit Doppeltsehen verband. Annahme eines Locus minoris resistentiae im *Karplus*schen Sinne nicht zu fernliegend. Zusammenhang zwischen Ptosis und Migräne einerseits und organischer Erkrankung andererseits nur insofern denkbar, als die hypothetischen Zirkulationsstörungen der Migräne, die sich oft wiederholten, die Entwicklung einer Neubildung begünstigt haben können. Daß es sich von vornherein um symptomatische Migräne gehandelt hat, ist unwahrscheinlich, da erstens die Mutter des Patienten ebenfalls an Migräne gelitten, zweitens der Zeitraum zwischen erstem Migräneanfall und ersten Tumorerscheinungen ein sehr langer und drittens der Tumor den klinischen Symptomen nach an einer von der Oculomotoriusbahn weit entfernten Stelle sitzt (Gegend des hinteren Schenkels der Capsula interna). Organische Läsionen im Anschluß an Migräneanfälle, z. B. Blutungen, sind beobachtet worden.

Oppenheim fand bei einem Migränekranken Thrombosierung der Carotis interna. Er schreibt den organischen Erscheinungen der Migräne die Hauptschuld an der Entstehung der Thrombose zu.

Die dritte Patientin (46 Jahre) erkrankte Ende vorigen Jahres mit Schmerzen im linken Trigeminusgebiet. Die damalige Untersuchung ergab nichts am Zentralnervensystem und peripheren Nerven; es fanden sich Anzeichen einer chronischen interstitiellen Nephritis und außerordentlich starke Arteriosklerose der Abdominalgefäße. Vor einigen Wochen trat Doppeltsehen auf. Untersuchung ergab Schwäche des linken Abducens, Obliquus superior und wahrscheinlich auch eines der vom Oculomotorius versorgten Heber des linken Auges. Leichte Ptosis links, geringfügige Erweiterung der linken Pupille. Betroffen also im Sinne einer Reizwirkung Trigeminus; Abducens, Trochlearis und Oculomotorius im Sinne einer Parese. Man könnte an ausgedehnten basalen Prozeß, speziell luischer Natur, denken. Lues scheint nicht vorzuliegen; auch müßte bei der anatomischen Lage der betroffenen Nerven an der Schädelbasis ein solcher Prozeß von so großer Ausdehnung sein, daß schwerere Allgemeinsymptome resultieren würden. Man muß sich nach einer Stelle umsehen, wo die betroffenen Nerven in dichtester Nachbarschaft verlaufen, das ist auf der Strecke ihres Verlaufs durch den Sinus

Digitized by Google

cavernosus. In dichtester Nachbarschaft dort auch die Carotis interna. An ihr könnten sich dieselben kolossalen arteriosklerotischen Wandverdickungen abspielen wie an den Abdominalgefäßen und dadurch Druck auf die benachbarten Nervenstämme ausgeübt werden. Auch an die Möglichkeit eines kleinen Aneurysma oder eines periostitischen Prozesses in dieser Gegend ist zu denken.

Diskussion: Herr *Max Laehr* fragt den Vortr., ob der erste vorgestellte Kranke an krankhaften Affektausbrüchen oder kurz dauernden Ohnmachten leide, und ob ihm aus der Anamnese oder aus der Literatur über diese Zustände eine familiäre Disposition bekannt sei. Veranlassung zu dieser Frage gibt ihm die derzeitige Beobachtung einer Patientin, bei der die genannten Erscheinungen besonders hervortreten, und deren zwei Geschwister an der gleichen Krankheit gestorben sein sollen.

Herr *Moeli* erinnert an die hochgradigen durch Druck entstehenden Optikusatrophien (*Otto*).

Herr *Vorkastner* erwidert, daß in der Familie des zuerst vorgestellten Kranken keine Erkrankungen gleicher Art vorgekommen seien. Neigung zu Affektausbrüchen hat nicht bestanden.

Herr *Rauschke*: Tabes dorsalis mit Herpes zoster.

Meine Herren! Die Kranke hier leidet an Tabes dorsalis; wegen einer im Beginn ihrer Erkrankung aufgetretenen seltenen Begleiterscheinung erlaube ich mir, sie Ihnen vorzustellen.

Um kurz auf die Anamnese einzugehen, so handelt es sich um eine 52jährige Arbeiterfrau. An Heredität hat sich nichts ermitteln lassen. Sie war früher Dienstmädchen, hat dann im 30. Lebensjahr geheiratet. Luische Infektion wird sowohl von ihr wie von ihrem Manne in Abrede gestellt. Sie hat in der Ehe zunächst einen Abort durchgemacht, dann Zwillingen das Leben gegeben, welche kurz nacheinander nach der Geburt starben, und hat dann noch einen Sohn gehabt, welcher im Alter von 19 Jahren in der Charité an Meningitis starb. Anzeichen von Lues hat er bei der Obduktion nicht dargeboten.

Im Anschluß an die Menopause im 42. Lebensjahr, also vor zirka 10 Jahren, soll sich eine Flechte am linken Unterschenkel eingestellt und daraus sollen sich tiefe Geschwüre entwickelt haben, deren Spuren in Gestalt einer den linken Unterschenkel und Fuß strumpfartig bedeckenden großen Narbe noch zu sehen sind. Da gleichzeitig Krampfadern bestehen, läßt sich diese Anamnese nicht unbedingt im Sinne einer Lues verwerten.

Vor zirka 5 Jahren ist sie dann unter Auftreten einer Hautaffektion, auf die ich später noch zurückkomme, mit Anfällen von Erbrechen, die von heftigen Rückenschmerzen rechts und links begleitet waren, erkrankt. Diese gastrischen Krisen traten zunächst alle vier Wochen auf, ungefähr zu der Zeit, wo sie die Menses hätte erwarten können, später zirka alle drei Monate. Die letzte war Mitte Januar d. Js.

Digitized by Google

Ende 1903 begann die Sehkraft auf dem linken, dann auf dem rechten Auge nachzulassen; nach wenigen Wochen war völlige Erblindung eingetreten.

Vor zirka 1 Jahr will die Kranke 6 Wochen lang auch Blasenstörungen gehabt haben, indem sie öfter als sonst Urindrang verspürte. Auch bei dieser Gelegenheit stellte sich eine noch zu beschreibende Hautaffektion ein. Die Urinbeschwerden haben sich bald völlig wieder ausgeglichen.

Seit 3 Jahren hat die Kranke selbst Gedächtnisabnahme bei sich bemerkt. Am 30. Januar d. Js. wurde sie in die psychiatrische Klinik der Charité aufgenommen, nachdem sie sich schon im Dezember 1904 wenige Tage in der Nervenklinik der Charité befunden hatte.

An tabischen Symptomen finden sich bei der Kranken:

Starre der Pupillen bei Lichteinfall, beiderseitige Sehnerven-Atrophie, Differenz der Kniephänomene zugunsten der rechten, Fehlen der Achilles-Sehnen-Phänomene, das *Rombergsche* Symptom, das beim Stehen nur angedeutet, beim Bücken stärker ist, geringe Ataxie der Hände. — Außerdem besteht eine trophische Störung, welche bis dahin selten beobachtet zu sein scheint.

Die Bulbi, welche nach Angabe der Patientin und ihres Mannes allerdings immer etwas tiefliegend gewesen sein sollen, erscheinen auffallend weit in die Orbita zurückgesunken. Dieser Zustand soll sich in der letzten Zeit mehr und mehr herausgebildet haben. Da die Bulbi gut gespannt sind, wird man nicht umhin können, diese Erscheinung mit einem Schwund oder einer Abnahme des Fettpolsters der Orbita zu erklären.

Die Diagnose der Tabes dorsalis ist nach dem Gesagten mit Sicherheit zu stellen, ich möchte nur hinzufügen, daß außerdem eine leichte paralytische Sprachstörung besteht in Gestalt von leichten Hesitationen und Mitbewegungen bei schweren Paradigmen, außerdem eine gewisse Euphorie und ein leichter Intelligenzdefekt. Die Kranke steht offenbar im Beginn einer sich an die Tabes anschließenden Dementia paralytica.

Bei der Kranken findet sich nun außerdem — und damit komme ich zu dem eigentlichen Zwecke meiner Demonstration — auf dem Rücken links in Höhe der Dornfortsätze des 6. und 7. Rückenwirbels, direkt an der Wirbelsäule beginnend, eine schräg nach unten verlaufende, 14 cm lange und 5cm breite, braunrötlich gefärbte Stelle in der Haut, in welcher vereinzelte fünfpfennigstückgroße weiße Flecke und eine etwas dunkler gefärbte, narbig veränderte Stelle zu bemerken sind. Bei der Aufnahme der Kranken im Januar d. Js. befanden sich in der Verlängerung dieser Hautpartie noch zahlreiche, sich abschilfernde Schüppchen auf der Haut, welche inzwischen verschwunden sind. Das jetzt vorliegende Bild soll sich allmählich entwickelt haben aus einer etwa fünfmarkstückgroßen weißen Hautstelle in derselben Höhe dicht an der Wirbelsäule, von der ich eine genaue Beschreibung natürlich nicht habe erhalten können. Über den Zeitpunkt der Entstehung dieser Hautaffektion stimmen die Angaben der Patientin und ihres Mannes, auf deren

Digitized by Google

Aussagen ich mich allein stützen kann, darin überein, daß sie gleichzeitig mit der 1. gastrischen Krise vor 5 Jahren aufgetreten ist. Außer dieser einen Narbe findet sich nun noch eine zweite, etwas kleinere (sie ist ca. 8 cm lang und 3 cm breit) ebenfalls auf der linken Seite, in Höhe der Dornfortsätze des 2. und 3. Lendenwirbels. Die Entstehung dieser Narbe wird von der Kranken auf eine Hautaffektion zurückgeführt, welche sich gelegentlich der Blasenstörungen vor einem Jahr eingestellt haben soll. Der Ausbruch der Hauterkrankung ist beide Male mit heftigen Schmerzen in den befallenen Hautpartien verbunden gewesen. Fieber und Drüsenschwellungen sollen nicht bestanden haben. Auch zurzeit bestehen Drüsenanschwellungen nicht. Aber nach dem Sitz und dem Aussehen der Hautaffekte glaube ich, daß wir es hier mit den Residuen von Herpes zoster zu tun haben.

Herpes zoster bei Tabes ist bis dahin, soweit ich in der Literatur sehe, außerordentlich selten beobachtet worden. Es sind Beobachtungen von *Henoch, Charcot* und *Westphal* bekannt, der 1897 einen Fall mitgeteilt hat, bei welchem sich im Verlaufe einer Tabes Herpes zoster am linken Gesäß und Bein in einem Hautnervengebiet entwickelte, welches fast ausschließlich von Nerven aus dem Plexus sacralis versorgt wird. Auch unter den zahlreichen von *Head* studierten Zoster-Fällen befindet sich einer, welcher bei Tabes auftrat, und zwar saß die Affektion auf dem Rücken in Höhe des 8. Dorsalsegments. Zwei andere Fälle hat er gesehen, aber nicht obduziert. Ferner ist das Auftreten von Herpes bei Tabes auch von *Oppenheim* und *Bernhardt* gesehen und berichtet worden.

Daß der Herpes zoster eine nervöse Erkrankung ist, gilt heute als zweifellos. *Bärensprung* hat zuerst behauptet und gezeigt, daß er nach seinem Sitz und seiner pathologischen Anatomie auf einer Erkrankung der Spinalganglien beruht. Dann glaubten *Curschmann* u. a. nachgewiesen zu haben, daß auch eine peripherische Neuritis den Herpes zoster hervorzubringen vermag, indem sie den peripherischen Sitz in einzelnen Fällen feststellten und die Intaktheit der Spinalganglien nachwiesen.

Andere, vorzugsweise *Brissaud*, legten dann dem Herpes zoster eine Rückenmarksaffektion zugrunde. Aber seit den in jüngster Zeit ausgeführten Untersuchungen von *Head* und *Campbell* scheint es mir mehr und mehr allgemein als feststehend angesehen zu werden, daß der Zoster auf einer Erkrankung der Spinalganglien beruht.

Head und *Campbell* haben ein Material von 21 Fällen von idiopathischem Herpes zoster, die sie obduzierten, pathologisch-anatomisch untersucht und in allen Fällen fanden sie Veränderungen der Spinalganglien, bald Erscheinungen akuter Entzündung, oft mit Blutaustritten, bald Zerstörung von Nervenfasern und Entzündung der bindegewebigen Hülle des Ganglions. Diese Erscheinungen können zu fibröser Verdickung der Ganglienhüllen führen, sich aber auch ganz zurückbilden. Die Erkrankung des Ganglions hat zuweilen im Gefolge eine solche der hinteren Wurzeln, oft auch der peripherischen Nerven, sie kann auch zu Degenerationen im Rückenmark führen.

Digitized by Google

Von besonderem Interesse ist für uns nun der pathologisch-anatomische Befund bei demjenigen *Head*schen Zoster-Falle, welcher bei einer Tabes auftrat. *Head* fand neben tabischen Veränderungen Verdickung der Spinalganglienscheide und im Spinalganglion selbst Entzündungserscheinungen in Gestalt von Rundzellen. Er läßt es offen, ob es sich um einen durch die Tabes hervorgerufenen Zoster gehandelt hat, oder ob die Tabes eine Prädisposition für einen idiopathischen Zoster schuf. Ich muß diese Frage im vorliegenden Falle auch unbeantwortet lassen, um so mehr, als wir nicht wissen, ob Herpes zoster in der Tat, wie *Head* meint, eine akute Infektionskrankheit ist, ob es einen idiopathischen Zoster gibt, oder einen idiopathischen und einen symptomatischen, und als auch die Erklärungen für die Fortleitung des Prozesses von den Spinalganglien zur Haut nur Hypothesen sind.

Aus demselben Grunde möchte ich die Frage, weshalb man nicht öfter bei Tabes Herpes zoster findet, unerörtert lassen, Ihre Aufmerksamkeit vielmehr auf einen anderen Punkt richten. *Head* nimmt an, daß durch die Segmente des Rückenmarks bezw. die spinalen Wurzeln Beziehungen bestehen zwischen inneren Organen und bestimmten Hautinnervationsbezirken. Ich möchte seine Annahme an der Hand dieses Falles nachprüfen. Die erste Herpes-Attacke stellte sich gleichzeitig mit einer gastrischen Krise ein. Der Sitz der Herpes-Narbe in Höhe der Dornfortsätze des 6.—7. Rückenwirbels, was ungefähr dem 7.—9. Dorsalsegment entsprechen würde, deckt sich zwar nicht völlig mit dem von *Head* für diese Segmente angenommenen Hautinnervationsbezirk; nach ihm gehört diesem Hautbezirk vielmehr das 6. Dorsalsegment an, aber andererseits wird von *Head* zugegeben, daß die Lage der einzelnen Verbreitungsbezirke nicht konstant ist, sondern individuell verschieden sein kann, und daß außerdem das Übereinandergreifen einzelner Bezirke zuweilen andere Bilder zeitigt, als man sie nach seinem Schema erwarten sollte. Aber die von *Head* gemachte Angabe, daß der Magen mit dem 7.—9. Dorsalsegment in Zusammenhang stehe, scheint mir durch den hier mitgeteilten Befund aufs neue eine Bestätigung zu finden.

Ganz analog liegen die Verhältnisse bei der unteren Zoster-Narbe. Diese Zoster-Eruption trat gleichzeitig mit Blasenstörungen auf, die sich durch häufigen Urindrang dokumentierten. Wenn man den häufigen Urindrang, mit welchem das Auftreten des 2. Zoster gleichzeitig war, als das Resultat einer Reizung des Detrusor vesicae auffassen will, so lassen sich auch hier die Erscheinungen unschwer in Zusammenhang bringen.

Der befallene Hautbezirk in Höhe des Dornfortsatzes des 2. und 3. Lendenwirbels unterhält nach *Head* mit dem 11. Dorsalsegment Beziehungen. Und gerade das 11. Dorsalsegment ist es, mit welchem der Detrusor vesicae, außer mit dem 12. Dorsalsegment, u. a. in Verbindung steht.

Zum Schluß möchte ich mir erlauben, noch mit wenigen Worten auf die Sensibilität und Algesie der Zoster-Narben einzugehen.

In der Sensibilität besteht bei beiden Narben keine Differenz mit der-

Digitized by Google

jenigen der umgebenden Haut, auch nicht bei warm und kalt. Dagegen sind beide Narben bei Nadelstichen hyperalgetisch.

Bei der unteren Narbe findet sich ein ventraler Schmerzpunkt und dementsprechend auch eine hypalgetische Zwischenzone nicht, wie *Winkler* ihr Bestehen experimentell bei Hunden mittels Durchschneiden hinterer Wurzeln nachgewiesen hat, wohl aber findet sich dieser Typus bei der oberen Herpes-Narbe. Diese ist bei Nadelstichen hyperalgetisch, ein korrespondierender ventraler Schmerzpunkt findet sich ungefähr in der vorderen Axillarlinie, die dazwischenliegende Hautpartie ist hypalgetisch.

Diskussion: Herr *Seiffer*: Das Interesse des vorgestellten Falles liegt in der zeitlichen Verbindung von Magen- und anderen Krisen mit der Eruption eines Herpes zoster. Das ist meines Wissens bisher sehr selten beobachtet worden. Um so interessanter ist es mir, daß ich gerade in diesen Tagen zufällig einen ähnlichen Fall beobachten konnte. Es handelte sich um einen Tabiker, der seit Jahren jedesmal, wenn er einen Anfall von lancinierenden Schmerzen im linken Bein bekommt (ca. alle 6 Wochen), gleichzeitig einen Herpes zoster im Gebiet des ersten Lumbalsegments zeigt. Wenn es berechtigt ist — und das darf man wohl annehmen —, die tabischen Krisen innerer Organe pathogenetisch den schweren Anfällen lancinierender Schmerzen parallel zu stellen, so ist der von mir beobachtete Fall ähnlich zu beurteilen, wie der hier vorgestellte.

Herr *Skoczyński* erläuterte anatomische Präparate von einem als Neurofibromatose angesprochenen Fall. Bei dem Kranken wurde im Alter von 24 Jahren Abnahme des Gehörs beobachtet, welche bald nachher in völlige Taubheit überging. Es stellte sich alsdann Abnahme des Sehvermögens ein und ein Jahr später Unsicherheit und Schwäche der Beine. Die klinische Untersuchung ergab beiderseits Stauungspapille, cerebellaren Gang sowie das Vorhandensein von 30—40 fibromatösen Geschwülsten in der Haut. Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik im Jahr 1903 war die Stauungspapille bereits in Atrophie übergegangen, die Taubheit vollständig, die cerebellare Ataxie vorgeschritten und die Schwäche der linken Körperhälfte stärker. Der Kranke wurde kachektisch und starb im Alter von 35 Jahren an Schluckpneumonie. Es fanden sich nun 50—60 Geschwülste in der Haut, ferner kleinere Geschwülste an der Konvexität und an der Basis des Gehirns, sowie eine Geschwulst am linken Schläfenlappen, die klinisch keine auffälligen Erscheinungen verursacht hatte. Die Brücke war von beiden Seiten komprimiert durch Geschwülste — rechts hühnereigroß, links taubeneigroß. Diese Geschwülste hatten die Akustici aufgenommen und waren ins Kleinhirn eingedrungen. Alle Nervenwurzeln der Medulla spinalis waren durch Geschwülste gedrückt. Spindelförmige Verdickungen fanden sich am Nervus peroneus.

Digitized by Google

iskussion: Herr *Henneberg* fragt nach dem histologischen Bau der en. Unter Hinweis auf die flächenhafte Ausbreitung der Tumoren auf ra mater und der Dura spinalis vermutet *Henneberg*, daß es sich um aligne Entartung der Fibrome handelt, d. h. daß eine Fibrosarkomatose Sarkomatose des zentralen Nervensystems vorliege.
err *Skoczyński* glaubt, daß bei der langen Dauer des Leidens — über e — Bösartigkeit nicht anzunehmen sei. Die mikroskopische Unter- hat noch nicht stattgefunden.

rr *Reich*: Krankenvorstellung. Ein Fall von alogischer ie und Asymbolie.
r Kranke, M., den ich Ihnen heute vorstelle, bietet ein ziemlich kom- s Krankheitsbild, dessen wesentliche Symptome in Störungen des gsvermögens und der sprachlichen Funktionen sich darstellen.
ätiologisches Moment kommt in erster Linie in Frage ein Unfall, den Pat. eptember 1901 erlitten hat. M. ist Bauarbeiter, er soll dem Alkohol- h nicht in erheblichem Maße ergeben gewesen sein. Vor dem Unfall bereits in ärztlicher Behandlung wegen eines Nervenleidens. Nach Angehöriger litt er an Reißen. Jedenfalls handelte es sich nicht nals um eine Geistesstörung, wie aus einer Äußerung des behandeln- s in den Unfallakten hervorgeht, der angibt, er habe geistige Stö- i M. erst im Anschluß an den fraglichen Unfall beobachtet. Der g sich folgendermaßen zu: Am 23. September 1901 fiel dem M. aus e von 2 Etagen ein Ziegelstein auf den Kopf. M. selbst gab dem zt an, er sei nicht bewußtlos geworden. Er konnte aber nicht iten und ging daher zu Fuß nach Hause. Nachmittags ging er ochter zum Arzt. Als ihn bei der Rückkehr die Tochter einen aus den Augen ließ, verirrte er sich und lief zwei Stunden ratlos Straßen auf und ab, wie er beim Nachhausekommen selbst unter Aufregung erzählte. Die nächsten zwei Tage versuchte er wieder , machte aber alles verkehrt, so daß er die Arbeit wieder auf- te. Er klagte über heftige Kopfschmerzen, war sehr still und denlang. Drei Tage später vermochte er auf Wunsch der Frau uf den Bau zu gehen, um sich wegen der Unfallmeldung zu er- nd brachte auch richtigen Bescheid. In der Folgezeit entwickelte lie jetzt bestehende Störung ziemlich schnell.
Angabe des behandelnden Arztes vom November 1901 erwies letzte nach dem Unfall als geistig nicht normal. Er war nach ng nicht mehr imstande, über die einfachsten Dinge Auskunft Die Ehefrau gibt an, er sei gleich nach dem Unfall geistig schwer wesen. Während er sonst sehr lebhaft war, saß er nach dem enlang stumm da, sprach nur das Notwendigste und antwortete gefragt wurde. Darüber, ob gleich nach dem Unfall Störungen nung, dem Gebrauch und der Bezeichnung von Gegenständen

eingetreten sind oder erst einige Zeit später, sind die Angaben der Ehefrau etwas schwankend und unsicher. Sie entsinnt sich nur mit Bestimmtheit, daß diese Störungen sich bereits etwa drei Wochen nach dem Unfall beim Umzuge deutlich bemerkbar machten. M. fand damals die Gegenstände nicht und verstand nicht — trotzdem er Putzer ist — ein Nagelloch in der Wand zuzugipsen. Etwa 3 Wochen nach dem Unfall, am 17. Oktober 1901, wurde er zum Zwecke der Begutachtung wieder ärztlich untersucht. Damals fand sich in der Gegend des vordersten Endes der beiden Scheitelbeine eine etwa kaffeebohnengroße, unempfindliche Narbe über verdicktem Knochen; sonst auf körperlichem Gebiete keine erheblichen Abweichungen. Er klagte über Schwindel beim Bücken. Auf geistigem Gebiete war eine deutliche Gedächtnisschwäche und Abnahme des Intellektes nachweisbar. Er gab oft sich widersprechende Antworten. Er behauptete zuerst, er sei 75 Jahre alt, und ließ sich nur mühsam darauf bringen, daß er am 27. Oktober 1846 geboren ist. Das Alter seiner drei Kinder gab er nach vielfachem Überlegen falsch an. Das Uringlas setzte er trotz vorheriger Belehrung über den Zweck desselben an den Mund und trank den darin befindlichen Wassertropfen aus.

Bei einer zweiten ärztlichen Exploration am 7. Dezember 1901 zeigte er ein verlegenes, verschämtes, oft blödes (dementes) Wesen; er gab das Alter seiner Ehefrau ganz falsch an, behauptete, er brauche 10 M. pro Monat zum Lebensunterhalt. Im Dezember 1902 wurde von seiten eines Beauftragten der Unfallversicherung durch Befragen der Ehefrau festgestellt, daß M. keinerlei Arbeit verrichtet, daß er keinerlei Bestellungen ausführen kann, sondern Aufträge entweder falsch ausrichtet oder wirre Redensarten führt; daß er bösartig wird, wenn man ihn zu Hause zurückhält, daß er zwar ohne Begleitung ausgeht, aber nur zu Verwandten oder in der Nähe der Wohnung.

Im Juni 1903 berichtet der Arzt von einer weiteren Verschlechterung seines Befindens. „Die Demenz ist weiter fortgeschritten. Er findet sich nicht mehr zurecht und begeht Handlungen, die aller Vernunft entgegen sind.“ So besudelt er zuweilen die Treppen in seinem Hause mit Kot. Außerdem soll er sehr leicht erregbar sein. M., der bisher 90% Rente erhielt, wird für völlig und dauernd erwerbsunfähig erklärt.

Es ergibt sich also allein schon an der Hand der Unfallakten, daß die bei M. bestehende Geistesstörung sich in unmittelbarem Anschlusse an den erlittenen Unfall entwickelt hat, und daß sie im Laufe der Jahre bis zu ihrer jetzigen Höhe zugenommen hat. Dem entsprechen auch im wesentlichen die anamnestischen Angaben der Ehefrau zur Krankheitsgeschichte, nur daß diese Angaben bezüglich der zeitlichen Aufeinanderfolge der Symptome nicht völlig klar sind. Immerhin sind die Angaben der Ehefrau, die den Zustand ihres Mannes mit Aufmerksamkeit verfolgt hat, von großer Bedeutung für die Auffassung des Falles.

Der Frau fiel zuerst auf eine hochgradige Schwäche des Gedächtnisses.

Digitized by Google

ußte nicht, was er kurz vorher gesagt oder getan hatte, schließlich ging so weit, daß er schon im nächsten Augenblick alles vergessen hatte. Auch · Arbeit vergaß er. Daneben war auch das Erkennungsvermögen gestört. ermochte nicht Gegenstände auf Aufforderung zu reichen. „Sagte ich, mir die Schere oder den Löffel, dann wußte er nicht, wenn ich aber . reich mir das Ding da, dann gab er es. 'Sagte ich, gib mir ein er. ich will eine Stulle schneiden, so suchte er herum, gab einen Löffel andere Dinge."

Eine Anzahl von Dingen, die dem täglichen Gebrauche dienten, kannte is zur seiner Aufnahme und vermochte sie auch ungefähr richtig zu uchen. So aß er mit dem Löffel, den er sich selbst aus dem Tisch- n holte, verwechselte dabei allerdings bisweilen den Eßlöffel mit dem ffel. Er trank aus einer besonderen bunten Tasse; dieselbe konnte er aus dem Schrank nicht holen, wenn sie mitten unter den anderen Tassen . dagegen fand er sie, wenn sie auf dem Tisch stand. Im Anfang wusch h noch selbst, dann nur noch, wenn die Frau ihm dafür Zucker oder ren gab, schließlich wusch er sich gar nicht mehr. Auch die Wäsche elte er später nicht mehr. Er wies frische Wäsche zurück: „das is meine." Bisweilen zog er sich zwei Röcke und zwei Westen an. Die pfe hat er sich noch bis unmittelbar vor der Aufnahme selbst ange- und sich auch die Stiefel zugeschnürt. Ebenso zog er sich auch die in richtiger Weise an. Als ihm kurz vor der Aufnahme beim Umher- auf der Straße der Überzieher gestohlen war, wollte er nicht ohne Über- · ausgehen, verlangte: „mein Dings". Auch die gleichfalls gestohlene erlangte er von der Frau zum Ausgehen, trotzdem er die Uhr nicht nte, beruhigte sich aber, als die Frau ihm eine Spieluhr kaufte, die er ie seinige ansah. Er mußte stets ein Portemonnaie und Geld darin . ebenso Zigarren und Streichhölzer. Er unterschied auch Kupfermünzen nderen, während er zwischen den verschiedenen Nickel- und Silber- n keinen Unterschied machte.

Er war sehr gierig nach Geld, stahl es weg, wo er irgend dazu kommen e, und ließ sich durch kleine Geldgeschenke leiten. Auch nach Kaffee r sehr gierig, er trank, wenn er unbemerkt war, die ganze Kanne leer oß dann die Kanne voll Wasser, um den Defekt zu decken.

Auf den Straßen und in der Wohnung fand er sich immer weniger zu- Er verrichtete seine Bedürfnisse in die Stube. Er ging viel aus der ung. Dabei fand er aber nur bestimmte Wege zu Verwandten oder in ähe seines Hauses. Er verirrte sich dabei wiederholt und wurde aus eines solchen planlosen Umherirrens durch die Polizei der hiesigen lt zugeführt. Der Kreis der ihm bekannten Wege hatte sich allmählich geengt, daß er nur um einen bei seiner Wohnung befindlichen Wasser- herumging. Früher fand er noch die Wohnung einiger Verwandten und Grünkramhandlung. Dabei fiel der Frau auf, daß er diese Wege nur wenn er von selbst auf die Idee kam, dort hinzugehen. Tat er es im

Digitized by Google

Auftrage der Frau, so ging er beispielsweise an dem betreffenden Grünkramladen vorbei und erkundigte sich überall in anderen Läden und bei den Passanten, wo der Laden wäre.

Das Gedächtnis für Personen ließ allmählich mehr und mehr nach. Anfänglich kannte er noch alle auswärts wohnenden Familienmitglieder und nannte sie bei Namen, allmählich vergaß er einen nach dem anderen, redete die Tochter und die Schwester mit Sie und Fräulein an, nannte alle Personen Kadette oder „Herr Petschak" und „Frau Petschak".

Sein Gedächtnis war nach Angabe der Frau „rein mechanisch". Jedes stand an seinem Platz. Wenn er einmal etwas (zu tun) ausließ, tat er es nie wieder. Die Schwester der Frau besuchte er noch im Sommer 1904. Als sie drei Häuser weiter fortgezogen war, fand er nicht nur die Wohnung nicht, sondern er erkannte auch die Schwester der Frau nicht mehr. Als die Frau mit ihm hinging, beschwerte er sich, ohne die Frau P. zu erkennen, bei derselben: „P.s" sind umgezogen, ich weiß nicht wo „P.s" sind.

Von sonstigen Eigentümlichkeiten fiel auf, wenigstens in der letzten Zeit vor der Anstaltsaufnahme, daß er auf der Straße allerlei wertloses Zeug aufsammelte. Papier, Zigarrenstummel usw. steckte er in die Tasche. Brotreste und Schrippen steckte er in den Mund und aß. Dagegen hat er niemals Schmutz oder Steine in die Taschen oder in den Mund gesteckt. Auffallend war, daß er sehr genau über die Zeit orientiert war, wenn die Schule aus war. Dann drängte er mit Gewalt hinaus und fand sich regelmäßig ein, um das zu sammeln, was die Schulkinder weggeworfen hatten. Er war äußerst heftig, wenn man seinem Drängen auf die Straße oder sonstigen Wünschen nicht willfahrte.

Auf einem seiner Spaziergänge, auf dem er sich verirrte und in einem Geschäft eine Scheibe zertrümmerte, wurde er zur Wache gebracht. Man vermochte aus ihm keine Auskunft über seine Personalien herauszubekommen. Er nannte zwar seinen richtigen Namen Karl M., bejahte aber auch auf Fragen jeden anderen Namen. Auf die Frage: wo wohnen Sie? antwortete er: „Na hier vorn eine Treppe", auf die Frage: was sind Sie? „Na hier vorn eine Treppe". Über Ort, Zeit, über seine oder allgemeine Verhältnisse gab er keinen Bescheid. Er wurde daher (am 7. November 1904) der Anstalt Herzberge als Geisteskranker zugeführt.

Sein Verhalten in Herzberge blieb sich im großen und ganzen gleich und mag hier zuerst in allgemeinen Zügen geschildert werden. Patient lag in der ersten Zeit seines Aufenthaltes zu Bett. Er war unsauber mit Kot und Urin und schmierte. Im Bett war er ziemlich schwer zu halten. Er stand gerne auf, lief im Zimmer umher, ging an die Betten der anderen Kranken, sprach sie an, entleerte den Urin ins Zimmer. Er zeigte im allgemeinen einen euphorischen, etwas humoristischen, schlau lächelnden und dabei aufmerksamen Gesichtsausdruck und verfolgte anscheinend lebhaft die Vorgänge in seiner Umgebung. Er paßte auf alle Geräusche und Bewegungen auf, sprach in spottendem Tonfall nach, was seine Mitkranken in den Neben-

Digitized by Google

n vor sich hinsprachen, ahmte auch Geräusche nach, so das Zähneknirschen lytischer Kranker. Mit seinen Nachbarn suchte er mit seinem minimalen chschatz Gespräche anzuknüpfen, wobei es ihn anscheinend gar nicht e, daß es zu keiner Verständigung kam. Er hatte ein paar Satzbrocken einige unbestimmte Redensarten, die er beständig mit wichtiger Miene Betonung bald nach Art eines Scherzes, bald in Form einer wichtigen ilung, bald in zorniger Art vorbrachte. Das gleiche tat er auch, wenn Arzt an sein Bett trat. Sein ganzer Sprachschatz, den er spontan immer er mit großer Lebhaftigkeit und in immer neuen Varianten wiederholte, nd aus einigen Adjektiven, Verben und Flickwörtern und ganz wenigen tantiven, die sinnlos gebraucht wurden. Seine substantivischen Bezeich-en erschöpften sich so ziemlich in folgenden Worten, „Karl M . . . ." Name), „Herr Bislack", „Herr Bierenz", „Frau Bierenz", „Herr es", „Frau Buttner", „Karl", „Swinemünderstraße", „Prinz Luit-lstraße", „Kannenstraße", „Uligstraße", „Molkerei und Bäckerei", ngs", „Berliner Lokalanzeiger", „Kadetten", „Kram". Dabei die nicht gesperrten Worte solche, die nur gelegentlich zum Vorschein n, während er die durch Sperrschrift ausgezeichneten Worte sehr aus-g, teils spontan, teils als Antwort auf alle möglichen Fragen ver-let.

Bisweilen braucht er diese Bezeichnungen anscheinend ganz sinnlos, rhin ist doch insofern eine gewisse Regel vorhanden, als er Personen eder mit einem der Eigennamen, die allerdings ganz beliebig auf jed-Person verwandt werden, oder als „Kadetten" bezeichnet. Dinge werden Vorliebe „Molkerei und Bäckerei", als „Kram" oder als „Dings" be-net. beschriebenes oder bedrucktes Papier als „Berliner Lokalanzeiger". Der Verkehr mit dem Kranken auf der Visite gestaltet sich etwa ndermaßen: Der Kranke begrüßt den auf ihn zukommenden Arzt schon weitem mit freundlich euphorischem Grinsen, sagt sofort, wenn der Arzt Bett tritt, „Karl M . . . .". „Die Frau Bierenz war in der Prinz Luitpold-e einholen gehn, da sagte die Frau Bierenz, sie will in der Prinz oldstraße einholen gehn."

Auf die Frage wer sind Sie? Karl M . . .

Wo wohnen Sie? Ich war in die Prinz Luitpoldstraße, da war die Bierenz, die will einholen gehn.

Wer bin ich? Was bist du? Bist du Swinemünderstraße oder Luit-traße.

Wer bin ich? Du bist? . . . Du? Du bist Herr Bierenz. . . . Du bist Bierenz? Nich . . . Herr Bierenz.

Es wird ihm nunmehr ein Bild eines Mannes in einer Zeitung gezeigt.

Das is Herr Bislack . . . Karl Bislack.

Wo wohnt er? Ja ich weiß nich, wo er hin is. Karl Bieslack, die Bierenz sagt, ich will erst was einholen gehn.

Wer bin ich? Herr Bierenz.

Digitized by Google

Wer ist das (ein anderer Arzt)? Auch Herr Bierenz. Du bist Herr Bierenz und das is Prinz Luitpoldstraße.

Es wird ihm eine elektrische Birne vorgehalten: (er klatscht erfreut in die Hände) „Molkerei und Bäckerei".

Ein Bild eines Mannes wird gezeigt. „Das sind Kadetten."

Ein Schlüssel wird gezeigt. Das is ja deiner sein — „Molkerei und Bäckerei".

Alle Antworten gibt Patient durchaus prompt mit einer gewissen lächelnden Selbstbewußtheit und anscheinend ohne jede Spur von Kritik für die von ihm gemachten Fehler.

Die genauere Untersuchung des Kranken ergibt nun kurz folgendes (Wird an dem Kranken demonstriert.)

1. Spontansprechen. Patient spricht viel, hat aber nur einige wenige Worte (vgl. vorher) zur Verfügung, die zum Teil regelmäßig in Kombination zu zweien (z. B. Molkerei und Bäckerei) in ganz beliebiger Weise verwendet werden, doch so, daß sie mit Vorliebe für eine bestimmte Kategorie von Gegenständen angewendet werden. Die Aussprache ist dabei völlig korrekt, speziell frei von jeglicher Paraphasie.

2. Reihensprechen. Patient zählt glatt und ohne Störung bis dreißig, kann wohl auch noch weiter zählen, sagt den Anfang des Vaterunser usw.

Er gerät meist beim Reihensprechen bald aus der Ordnung und spricht im Rhythmus des in Betracht kommenden Versmaßes unsinnigen Silbensalat, wobei er aber anscheinend auf den Reim achtgibt.

Beispiel: Ich hatt einen Kameraden, einen bessern find du nicht und in Kopenhagen, ein herzlich Dankgesicht.[1])

Er kommt auch spontan gelegentlich auf eingelernte Reihen, ohne daß ihm der Anfang vorgesagt wird. So sagt er spontan: Siehst du wohl, da kimmt er, lange Schritte nimmt er.

3. Nachsprechen. Das Nachsprechen erscheint ungestört. Patient spricht Sätze, mehrstellige Zahlen, komplizierte Worte, auch solche sinnloser Art, korrekt nach.

4. Melodien werden annähernd richtig gesungen.

5. Fragen werden nicht sinngemäß beantwortet. Patient antwortet häufig in der Weise, daß er die in der Frage enthaltenen Worte aufgreift und in Satzform verwertet, aber ohne Beziehung zum Sinn der Frage.

Beispiel: Womit fegt man die Stube? Die Stube, da drüben die Stube.

[1]) Diese Erscheinung macht sich nur bei rhythmischem Reihensprechen geltend, nie beim Spontansprechen. Es handelt sich hier offenbar nicht um Paraphasie in gewöhnlichem Sinne, sondern um eine Wiedergabe des Versrhythmus durch ihm zufällig einfallende Worte an Stelle der ihm nicht einfallenden, richtigen Worte.

Digitized by Google

Womit fegt man die Stube? Das is ja die Stube, da da drüben... man die Stube . . . das is ja die Stube, das is deine Stube.

6. Aufforderungen. Vereinzelte einfache Aufforderungen (Augen ießen, Arm heben) werden befolgt, doch ist das Resultat ein sehr unres. Beiweitem die meisten Aufforderungen sind erfolglos.

7. Lesen von einzelnen Buchstaben, von Zahlen, von Worten, auch ganz en, fehlt völlig.

8. Schreiben. Worte, Buchstaben und Zahlen werden weder auf Diktat nach Kopie geschrieben.

Spontan hat Patient wiederholt Buchstaben und buchstabenähnliche hen in sinnloser Aneinanderreihung hingeschrieben.

9. Zeichnen. Allereinfachste Bilder werden nicht kopiert.

10. Zählen von Gegenständen.

a) mit Abzählen 3 Streichhölzer = 3 .
5 „ = 5
7 „ = 7

b) ohne Abzählen 2 „ = 2
3 „ = 3
5 „ = 7

11. Rechnen (im Kopf) $2 \times 2 = 3$
$2 \times 4 = 7$
$3 \times 2 = 11.$

12. Bezeichnen von Gegenständen. Patient vermag keinen einzigen hm gezeigten Gegenstände oder Bilder zu bezeichnen. Auch Wahrnehmung mehrere Sinne zugleich führt niemals zur richtigen Wortbezeichnung.

13. Zeigen von Gegenständen, deren Namen genannt wird. Zeigt im rbuch eine Anzahl von Bildern, die meisten vermag er nicht zu zeigen. sind es immer wieder dieselben, die er erkennt, doch kommt es auch daß er einen Gegenstand, den er bei einer Prüfung zeigt, bei einer ren Prüfung verfehlt. Gegenstände scheint er noch viel schwerer zu nen als Bilder. Er hat nur ganz vereinzelt richtig gezeigt, meist zeigt llig verkehrte Gegenstände, die ihm gerade auffallen.

14. Erkennung und Gebrauch von Gegenständen. Patient er- n anfänglich völlig außerstande, irgendeinen Gegenstand richtig zu ge- chen. Erst lange fortgesetzte Prüfung ergab, daß er doch einzelne ge Gegenstände richtig erkennt und gebraucht. Aber man muß ihm stets lange Zeit lassen, bis ihm das Richtige einfällt. So erkennt er und ge- ht er richtig Zigarre, Streichholzschachtel, Zucker, Brot, Handschuh, ner, Zange, Geldstücke, Strumpf.

Sein Verhalten gegenüber den Gegenständen, die er kennt, zeigt sich nders charakteristisch bei Zigarre und Streichholzschachtel.

Um zu sehen, ob Patient Gegenstände unterscheidet, erwies sich nach n vergeblichen Versuchen als ein geeignetes Mittel das Verfahren, daß man etwas zu schenken verspricht. Er weist dann Dinge, die ihn nicht inter-

Digitized by Google

essieren, zurück, während er die ihm gefallenden Dinge freudig annimmt. So erkennt er plötzlich die Zigarre, nachdem er sie mehrmals zurückgewiesen hat, mit freudigem Aufleuchten der Augen, führt sie nunmehr prompt zum Munde, beißt die Spitze ab, greift nach der Streichholzschachtel, die er noch eben als etwas ihm Fremdes zurückwies, öffnet sie, streicht richtig an, ohne sich die Finger zu verbrennen, zündet die Zigarre richtig an und geht mit der Miene äußersten Behagens paffend im Zimmer auf und ab. Er äußert dann auch durch Mienen und ungeschickte Ausdrücke und dadurch, daß er dem Arzt auf die Schulter klopft, seinen Dank. Nimmt man ihm die Zigarre weg, so kann er sehr unartig werden, gibt aber bei längerem Zureden schließlich selbst die Zigarre mit dem Ausdruck gutmütigen Nachgebens mit den Worten „hast du mir gegeben" zurück. Wenige Minuten später kann ihm die Zigarre wieder als etwas völlig Fremdes erscheinen, bis er sie allmählich wieder agnosziert. Daß er ein gewisses Unterscheidungsvermögen für Gegenstände besitzt, geht auch daraus hervor, daß er mit großem Eifer und auch einem gewissen Raffinement stiehlt. Es vergeht keine Exploration, ohne daß er sich heimlich irgend etwas aneignet, und zwar sind es immer Gegenstände, die für ihn einen großen Wert zu haben scheinen: Streichhölzer, ein Stückchen Brot, ein Stückchen Zucker, Papier, eine Münze. Er entwendet diese Gegenstände so geschickt, daß man aufpassen muß, um es zu bemerken, und wird sehr heftig, wenn man ihm die Taschen revidieren will.

Gibt man ihm auf einem Teller mehrere Stücke verschiedener Art und bietet ihm das zum Essen an, so sucht er richtig zuerst die genießbaren Dinge heraus und wird erst unsicher, wenn diese alle oder fast alle von ihm genommen sind. Dann kommt es allerdings auch vor, daß er ein Stück Kreide, einen Gummi, ein Stück Siegellack oder Seife in den Mund führt und daran beißt, um es dann mit Abscheu zurückzuweisen, wobei er allerdings auf Zureden trotz der Geschmacksprobe unsicher wird.

15. Allgemeine Orientierung. Die zeitliche Orientierung ist nicht zu prüfen.

Die örtliche Orientierung ist sicher sehr mangelhaft. Patient verläuft sich leicht in den Zimmern, findet sein Bett sehr schwer, uriniert in den Saal.

Seine Orientierung bezüglich der umgebenden Personen ist sicher äußerst gering. Er begrüßt ohne Unterschied jeden Patienten und Pfleger in jovialer Weise, mischt sich in die Gespräche der anderen Kranken, indem er in wichtigtuender Art irgendeine unbestimmte Phrase in die Unterhaltung hineinwirft. Den Arzt scheint er ungefähr zu kennen, doch ist auch das nicht ganz sicher festzustellen. Sicher ist nur aus seinem Verhalten, daß er seine Frau und seine Tochter wiedererkennt, wenn sie ihn besuchen. Bemerkenswert ist eine ausgesprochene Hyperprosexie.

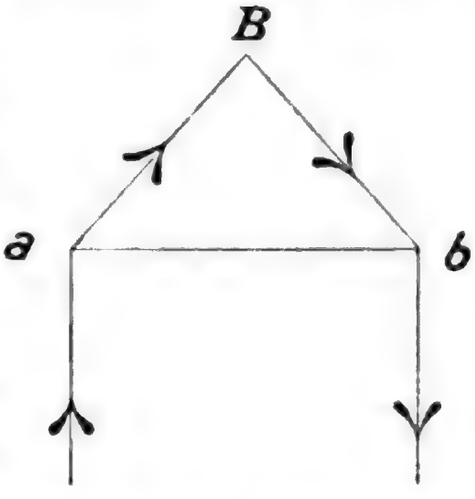
Das Urteilsvermögen des Kranken ist einer bestimmten Prüfung nicht zugängig, doch deuten die deutliche dauernd vorhandene Euphorie, die völlige Kritiklosigkeit, mit der er seiner Lage gegenübersteht, darauf hin, daß es in dieser Hinsicht bei ihm sehr schwach bestellt ist.

Digitized by Google

Bezüglich der Gedächtnisfunktion sei, soweit es sich um längere Vergangenheit handelt, daran erinnert, daß er allmählich einen nach dem andern von seinen Bekannten vergaß, so daß offenbar eine innere Gedächtnisstörung vorliegt. Die Merkfähigkeit ist anscheinend zurzeit auf das äußerste herabgesetzt. Er kann zwar mehrstellige Zahlen und auch ziemlich komplizierte Worte sofort reproduzieren und vermag auch ihm genannte Worte sowohl spontan wie auch auf Aufforderung hin mehrfach zu wiederholen. Sobald man aber eine kleine Spanne Zeit vergehen läßt, etwa 1 Minute, oder irgendeine andere Assoziation, etwa durch Zeigen eines Gegenstandes, erweckt, ist er nicht mehr imstande, das betreffende Wort zu nennen. Die vor seinen Augen an einen bestimmten Platz gelegte Zigarre, die er nur mit dem größten Widerstreben herausgab, hat er, nachdem er einmal zur Tür hinausgeführt ist und wieder zurückkehrt, völlig vergessen. Allerdings darf man nicht vergessen, daß hier sehr komplizierte Störungen vorliegen, so daß es kaum möglich erscheint, den Anteil des Gedächtnisses an dem psychischen Funktionsausfall rein herauszuschälen. Ich vermute aber, daß die Gedächtnisstörung, die als eins der ersten erkennbaren Symptome auftrat, hier eine sehr erhebliche Rolle spielt.

Was das Gemütsleben unseres Kranken angeht, so ist dasselbe anscheinend nicht völlig geschwunden. Er ist keineswegs gemütsstumpf, sondern er zeigt im Gegenteil ziemlich viel und auch ziemlich intensive, wenn auch meist wenig haftende gemütliche Bewegung. Er legt meist eine humoristisch freundliche Stimmung an den Tag, zeigt große Vorliebe für Geselligkeit, andererseits kann er auch leicht in heftigen Zorn geraten oder fängt, wenn ihm etwas nicht recht ist, an zu weinen. Seiner Frau gegenüber legt er Zärtlichkeit an den Tag, dem Arzt, der ihm eine Zigarre gibt, sucht er seine Dankbarkeit auszudrücken und gibt ihm sogar auf Zureden die über alles geliebte Zigarre zurück.

Wenn man das hier vorliegende Bild mit einigen kurzen Worten skizzieren will, so haben wir bei einem Kranken, der, was hier ausdrücklich noch bemerkt sei, keine Zeichen körperlicher Lähmung und auch keine Hemianopsie darbietet, nebeneinander die Erscheinungen der Asymbolie und der Unfähigkeit, Gegenstände zu gebrauchen, verbunden mit einer eigentümlichen Sprachstörung. Wenn wir zuerst versuchen wollen, die Sprachstörung in das *Wernicke*sche Schema einzureihen, so ergibt sich ohne weiteres, daß wir es nicht mit einer subkortikalen motorischen oder sensorischen Aphasie, auch nicht mit einer kortikalen motorischen oder sensorischen Aphasie und auch nicht mit einer Leitungsaphasie zu tun haben. Das geht ohne weiteres daraus hervor, daß das Nachsprechen völlig erhalten ist. Es bleibt also nur noch übrig, die Sprachstörung weiter



Digitized by Google

zentral zu suchen. Es bleiben hier nach *Wernickes* Schema noch übrig die transkortikale motorische und die transkortikale sensorische Aphasie.

Haben wir es mit einer transkortikalen sensorischen Aphasie zu tun? Bei dieser ist nach *Wernicke* das Sprachverständnis aufgehoben, dagegen die spontane Sprache erhalten. Es besteht Paraphasie. Daß das unserem Falle nicht entspricht, bei dem Sprachverständnis und spontanes Sprechen gleichzeitig aufgehoben ist, und bei dem Paraphasie fehlt, ist ohne weiteres klar. Ebenso kann es sich nicht um eine transkortikale motorische Aphasie handeln. Denn bei dieser ist das Verständnis der Sprache nicht beeinträchtigt. Aber auch die Annahme einer kombinierten transkortikal motorischen und sensorischen Aphasie könnte unserem Falle nicht gerecht werden. Eine vollständige Unterbrechung beider Bahnen würde überhaupt keine zentralen Impulse mehr zu dem kortikalen Zentrum gelangen lassen. Es müßte dann auch das Reihensprechen aufgehoben sein. Außerdem ergibt die ganze Art, wie unser Kranker nachspricht — er reproduziert nicht rein mechanisch das, was ihm vorgesprochen wird, sondern verwendet ihm vorgesprochene Worte zur Satz- und Phrasenbildung —, daß tatsächlich ziemlich reichlich zentrale Impulse in die Sprachzentren gelangen. Der Kranke spricht, er spricht sogar ziemlich viel, er spricht auch in Sätzen, aber er hat fast gar keine Substantiva. Aber auch eine nur partielle Zerstörung der beiden Bahnen würde immer das der Zerstörung der transkortikal-sensorischen Bahn zukommende Symptom der Paraphasie erkennen lassen, das hier fehlt. Es bleibt uns also, wenn wir uns an das *Wernickesche* Schema halten wollen, nichts weiter übrig, als uns an das Zentrum B selbst zu halten, das heißt mit anderen Worten, wir haben es mit einer intrapsychischen Sprachstörung zu tun. Eine solche Annahme kann sehr gut das Fehlen der Paraphasie erklären. Soweit überhaupt ein Wortbegriff in der Psyche auftaucht, ist seine sprachliche Reproduktion eine völlig ungestörte, weil ja eben die Bahnen und Zentren die dem Sprachverständnis und der Sprachbewegung dienen, intakt sind. Bei dieser Auffassung würden wir dann auch, da die intrapsychischen Funktionen als verbreitet über das ganze Gehirn gedacht werden müssen, eine diffuse Schädigung des Gehirns durch irgendeinen Krankheitsprozeß, nicht aber einen einzigen großen lokalisierten Herd als Ursache der hier vorliegenden Aphasie ansehen dürfen. Dem entspricht es auch, daß wir neben den sprachlichen Störungen keinerlei Erscheinungen körperlicher Lähmung finden.

Die bei dem Kranken bestehende Unfähigkeit im Erkennen und Gebrauch von Gegenständen, die, von wenigen Ausnahmen abgesehen, eine ziemlich allgemeine ist, dürfte dann wohl in ähnlicher Weise wie die Sprachstörung als eine intrapsychische anzusehen sein. Die gewöhnliche Asymbolie, wie sie sich als Folge doppelseitiger Herderkrankung des Hinterhauptlappens einstellt, und von der Vortragender eine Reihe von Fällen in der Anstalt Herzberge beobachten konnte, ist wohl stets mit Hemianopsie verbunden. In unserem Falle ist Hemianopsie nicht nachweisbar gewesen.

Digitized by Google

enn auch eine perimetrische Untersuchung nicht ausführbar war, so zeigte
h doch, daß unser Kranker Gegenstände in beiden Hälften des Gesichts-
des gleich schnell bemerkte. — Die Sehschärfe war übrigens, was bei
ser Gelegenheit noch bemerkt sei, völlig tadellos, was sich mangels der
glichkeit einer Prüfung durch Lesetafeln sehr gut dadurch feststellen
ß, daß M. irgendein ganz winziges Papierfleckchen mit großer Sicher-
t auf einer dunklen Unterlage auffand und fortnahm oder fortblies. —
ch die bestehende taktile und akustische Agnosie dürfte intrapsychischer
sein. Von den gewöhnlichen Fällen der Asymbolie unterscheidet sich
ser Fall auch noch besonders durch die Eigenart der Affektlage. In allen
llen von Hinterhauptlappenasymbolie, die Verfasser beobachten konnte, trat
sehr charakteristischer Weise der Affekt der Ratlosigkeit zutage. Die
nken waren sich offenbar des Defektes bewußt und empfanden den Aus-
in hohem Maße peinlich. Unser Kranker dagegen hat keine Spur von
pfindung für den bestehenden Ausfall, er zeigt vielmehr dauernd seine
tlich euphorische, selbstzufriedene und vergnügte Stimmung.

Diese Verschiedenheit der Stimmungslage dürfte sich gut in folgender
ise erklären: Bei der Asymbolie als Folge einer Herderkrankung handelt
sich um eine Vernichtung der visuellen Erinnerungsbilder — ich sehe hier
der taktilen Asymbolie der Einfachheit halber ab — bei intakter Psyche.
r empfindet das unversehrte Organ der assoziativen Tätigkeit den Aus-
in unserem Falle dagegen, wo nach meiner Annahme die Erinnerungs-
ler, der Gefühlseindruck, ebenso wie die sprachsensiblen und sprach-
orischen Erinnerungsbilder intakt sind, dagegen eine intrapsychische
tung ausgefallen ist, kommt das Gefühl eines Defekts nicht auf. Es ist
eine allgemein in der Psychiatrie bekannte Erfahrung, daß Ausfall psychi-
er Funktion, ich erinnere nur an die paralytische Demenz, durchaus nicht
Unlustgefühlen zu führen braucht, sondern sogar im Gegenteil recht
fig Euphorie im Gefolge hat.

Man könnte nun den Fall einfach in der Weise erklären, daß hier eine
enz vorliegt, die so hochgradig ist, daß weder erkannt, noch verstanden,
h gelesen, noch geschrieben, noch gesprochen werden kann. Ich glaube,
tatsächlich unser Fall im weitesten Sinne des Begriffs, nämlich wenn
darunter allgemein einen Ausfall psychischer Leistung versteht, zur De-
z zu rechnen ist. Aber damit würde man dann den Fall nicht erklären
len Einzelzügen seiner Wesenheit, sondern man würde ihn abtun, indem
ihn, ohne seine Eigenart zu beachten, in den Sammeltopf einer großen
egorie hineinwirft, die des Unerklärten noch unermeßliche Schätze bietet.
unterscheidet sich von anderen Formen der Demenz sehr wesentlich
durch, daß trotz einer schweren Schädigung der Intelligenz, die selbst die
fache Erkennung und den sprachlichen Ausdruck unmöglich gemacht hat,
Gefühlsleben noch in hohem Maße erhalten ist. Wenn ich kurz noch
n Schlusse das Bild, das ich selbst mir von den Verhältnissen dieses
lles gemacht habe, skizzieren will, so ist es folgendes:

Digitized by Google

Erhalten sind, wenn ich so sagen darf, die im Sinne *Wernickes* kortikalen Funktionen. Daß das Zentrum für die sensorischen Erinnerungsbilder der Worte und auch das für die motorischen Erinnerungsbilder der Sprache intakt sind, geht aus dem Erhaltensein des Nachsprechens direkt hervor. Ich vermute unter Zugrundelegung der Annahme, daß die Störung der Erkennungsfunktionen in unserem Falle nicht auf grober Herderkrankung beruht, unter besonderer Berücksichtigung des Fehlens der Ratlosigkeit, daß die Störung der Erkennungsfunktion und der Sprachfunktion eine einheitliche ist, daß also auch die Störung des Erkennens intrapsychischer Art ist, und daß die kortikalen Erinnerungsbilder der sensiblen Eindrücke durchaus wohlerhalten sind. Daß trotzdem nicht erkannt, nicht verstanden, nicht gesprochen wird, liegt dann daran, daß die Assoziation zwischen den Erinnerungsbildern verschiedener Qualität untereinander und mit den Sprachzentren aufgehoben ist, sei es durch einen anatomischen Ausfall der entsprechenden assoziativen Bahnen, sei es auch nur durch eine funktionelle Störung der Leitung. Zum Erkennen eines Gegenstandes gehört eben die Erweckung sämtlicher oder eines großen Teiles der zu dem Begriffe des Gegenstandes gehörigen sensorischen und motorischen Erinnerungsbilder. Fehlt diese assoziative Zusammenfassung der Erinnerungsbilder, so kann ein Kranker, der sämtliche Erinnerungsbilder im einzelnen besitzt, trotzdem wegen des Fehlens der Zusammenfassung derselbe agnostisch und apraktisch erscheinen. Ich möchte diese Form der Aphasie, Asymbolie und Apraxie, um die es sich hier anscheinend handelt, mit Rücksicht darauf, daß das Sammeln, das Zusammenlesen, das λέγειν oder συλλέγειν der Erinnerungsbilder fehlt, als alogische Aphasie, Asymbolie und Apraxie bezeichnen.

In diesem Sinne wäre dann die besondere Form der Störung, die hier vorliegt, im allgemeinen als Alogie zu bezeichnen. Der Alogische hört, sieht, fühlt, riecht und schmeckt alles in richtiger Art, er sieht die Dinge nicht nur, er nimmt sie auch wahr, aber er erkennt sie nicht, kann sich nicht sprachlich darüber ausdrücken und kann auch die Gegenstände nicht gebrauchen, weil er die sensorischen und motorischen Erinnerungsbilder der verschiedenen Gebiete nicht verbinden kann. Da zur Entstehung des Krankheitsbildes eine sehr diffuse Schädigung des assoziativen Apparates notwendig ist, so ist es natürlich, daß immer noch gewisse Reste des Erkennens und des Gebrauches erhalten bleiben, die dann eben die Erkennung des Zustandes ermöglichen. Wie sich in solchen Fällen die höheren geistigen Funktionen verhalten, das läßt sich nur schwer beurteilen, da das Bestehen der Alogie uns die Pforten für eine Untersuchung dieser Funktionen verschließt. Das Bestehen lebhafter gemütlicher Erregungen bei unserem Kranken, die vorhandene Bewegungsunruhe, die zutage getretenen Äußerungen ethischer Gefühle, die anscheinend vorhandene Bewertung der Gefühlsbetonung der gesprochenen Worte lassen aber darauf schließen, daß tatsächlich hinter dem Schleier der Alogie doch noch mancherlei höhere Funktionen versteckt sind, die sich nur wegen der Unmöglichkeit, sich nach außen zu offenbaren,

Digitized by Google

Nachweise entziehen. Die Frage, wie weit eine Störung des Gedächtnisses hier eine Rolle spielt, habe ich absichtlich nicht angeschnitten und deswegen, weil es mir vor allem daran lag, die Beziehung meines zu den Fragen der Hirnlokalisation zu erörtern. Das Gedächtnis ist so überaus komplizierter und so völlig des anatomischen Substrates entrender Begriff, daß ich glaubte, von einer Erörterung darüber an dieser le keine Förderung erwarten zu können. Zweifellos spielen bei der als ächtnis bezeichneten Funktion assoziative Prozesse eine so erhebliche e, daß wir uns nicht wundern dürfen, schwere Gedächtnisstörungen da inden, wo der assoziative Prozeß gelitten hat. Jedenfalls spricht also vorhandene Gedächtnisstörung nicht gegen die von mir angenommene apsychische Störung. Daß gewisse Funktionen, wie das Nachsprechen die einfachen Körperbewegungen, die doch auch schon ein Zusammenen mehrerer kortikaler Zentren voraussetzen, nicht merkbar gestört sind, wohl dadurch zu erklären, daß die betreffenden Zentren gerade solche die normalerweise ganz besonders eng miteinander verbunden sind für gemeinsame Tätigkeit eingeübt sind.

Was die Natur des dem Krankheitsbilde zugrunde liegenden Prozesses cht, so ist es schwer, sich darüber ein genaues Bild zu machen. Entchend der vorangegangenen Erörterung dürfte es sich nicht um einen en Herd handeln. Gegen einen großen Erweichungsherd spricht die ähliche Entstehung des Leidens, das Fehlen von Schlaganfällen in der mnese, ebenso auch das Fehlen von Lähmungen und von Hemianopsie. Tumor liegen ebenfalls keine Anhaltspunkte vor. Die vorher ausndergesetzten theoretischen Gesichtspunkte lassen an einen diffusen eß denken. Welcher Art derselbe ist, ob es sich um einen pachyingitischen oder leptomeningitischen Prozeß handelt, ob wir eine durch Trauma herbeigeführte Gefäßerkrankung im Gehirn und dadurch bedingte ihrungsstörung, ob wir an zahlreiche kleinste Herde oder an einen Faserund vielleicht im Zusammenhang mit überstandener Neuritis — Pat. hat Beginn seines Leidens an Reißen gelitten — denken müssen, das sind en, die vorläufig offen bleiben müssen. *Gock.*

116. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 24. Juni 1905.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Berlin, *Bratz*-Wuhlgarten, *Edel sen.*-Charenburg, *Max Edel*-Charlottenburg, *Ficke*-Lichtenberg, *Foersterling*-Lichberg, *Fürstenheim*-Berlin a. G., *Gallus*-Potsdam, *Gock*-Landsberg a. W., old-Wuhlgarten, *Jacobsohn*-Berlin, *Kalischer*-Schlachtensee, *Klipstein*-Dall-, *Kluge*-Potsdam, *Koller*-Berlin a. G., *Lachr sen.*-Zehlendorf, *Hans Lachr-*

Digitized by Google

Zehlendorf, *Max Laehr*-Haus Schönow, *Liepmann*-Dalldorf, *Lipschitz*-Berlin a. G., *Loewenthal*-Berlin, *Mittenzweig*-Lichtenberg, *Moeli*-Lichtenberg, *Möller*-Berlin, *Nawratzki*-Wannsee, *Oliven*-Steglitz, *Rauschke*-Berlin a. G., *Richter*-Dalldorf, *Roßbach*-Berlin a. G., *Sander*-Dalldorf, *Schayer*-Wuhlgarten a. G., *Seelig*-Lichtenberg, *Schmidt*-Lichtenberg, *Seiffer*-Berlin a. G., *Skoczynski*-Berlin a. G., *Vial*-Lichtenberg a. G., *Vorkastner*-Berlin a. G., *Weiler*-Westend, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock, Laehr sen., Moeli, Sander, Ziehen.*

Vorsitzender: *Ziehen.*

Der Kassenführer erstattet den Kassenbericht über das Geschäftsjahr 1904/05, und es wird demselben Entlastung erteilt.

Bei der hierauf vorgenommenen Vorstandswahl werden die bisherigen Vorstandsmitglieder wiedergewählt.

Herr *Seiffer* stellt einen Fall von rezidivierender Geisteskrankheit vor, welcher nach vielen Richtungen von besonderem Interesse ist.

Es handelt sich um einen 35jährigen Steueraufseher, welcher hereditär belastet ist. Bereits in seiner Jugend trat eine Reihe von psychopathischen Momenten zutage: eine mehrere Jahre lang anhaltende melancholische Verstimmung infolge des Selbstmordes seines Vaters, eine Sammelwut, die sich auf die verschiedensten Dinge erstreckte, eine Neigung zur Absonderung von seinen Kameraden, eine gewisse Selbstüberschätzung, regelmäßige Führung eines Tagebuches 18 Jahre hindurch bei ganz unbedeutenden Erlebnissen, leichte Erregbarkeit des Brechzentrums z. B. beim Anblick von Blut, migräneartige Anfälle, beim Militär auch einen Anfall von (nicht sicher) epileptoidem Charakter. Ferner hat er seit dem Alter von 9—10 Jahren mehrfache Kopf- und andere Verletzungen durchgemacht, in deren Gefolge es wiederholt zu kurzen vorübergehenden Verwirrtheitszuständen gekommen ist. Die einzelnen, seit seinem 24. Lebensjahre aufgetretenen psychischen Erkrankungen verteilen sich auf folgende Zeiträume: erste Erkrankung 25. Februar 1894 bis Anfang April 1894, zweite Erkrankung Ende April 1894 bis 29. Januar 1896, psychiatrische Klinik Breslau und Provinzial-Irrenanstalt Kosten; dritte Erkrankung Sommer 1900, zirka vier Wochen; vierte Erkrankung Juli 1902 bis Oktober 1902, Köpeniker Krankenhaus; fünfte Erkrankung Juli 1903 bis Ende August 1903, Breslauer Irrenklinik; sechste und jetzige Erkrankung: Ende April bis Ende Mai 1905.

Die erste Erkrankung im Jahre 1894 trat nach einem sehr anstrengenden Dienst als Grenzaufseher auf. Patient hatte im Anschluß daran einen Schwindelanfall mit Bewußtlosigkeit und Erbrechen, war aber in den nächsten Stunden nachher noch gesund, bis er sich infolge der ungerechten Beschuldigung der Trunkenheit und infolge der sofortigen Dienstentlassung ungemein stark aufregte. Dann erst, aber noch am gleichen Tage, bekam er einen Verwirrungszustand mit zahlreichen Wahnvorstellungen, Illusionen und Hallu-

Digitized by Google

onen, in dem er tagelang planlos in verschiedenen Städten umherirrte schließlich im Dämmerzustande der Breslauer Irrenklinik zugeführt wurde. bst trat bereits nach wenigen Wochen völlige Genesung ein, bis er e einer neuen psychischen Erregung Ende April 1894 abermals erkrankte uchtsanfall, massenhafte Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Nahrungsigerung, Selbstmordversuche, Amnesie für mehrere Monate, Überführung der Provinzial-Irrenanstalt Kosten). Auch die folgenden Anfälle psychi-Erkrankung tragen diesen Charakter: halluzinatorische Erregungszustände ahlreichen Wahnvorstellungen persekutorischer (und immer derselben) ie früher; wiederholt auch Dämmerzustände innerhalb der halluzinatori-Erregungszustände mit vollkommener Amnesie, während für die übrigen i der Erkrankungen eine sehr scharfe Erinnerung besteht.

Auch bei der jetzigen Erkrankung wurde Patient im Dämmerzustande Charité aufgenommen, nachdem er von der Polizei im Berliner Tier- aufgefunden worden war. Dieser jetzige Dämmerzustand dauerte, sokannt, etwa 10—14 Tage. Patient wußte nicht, wie er von außerhalb r gelangt ist. Er war zunächst vollständig mutacistisch, hatte eine Analgesie des ganzen Körpers, teilweise fehlende Schleimhautreflexe, Druckpunkt in der Iliacalgegend und Hyperalgesie in der Umgebung tzteren. Nach einigen Tagen fing er an, auf Fragen schriftlich zu rten, dann auch mündlich. Es ging daraus hervor, daß er zunächst desorientiert war und zahlreiche Halluzinationen und Wahnvorstellungen ben Art wie bei seinen früheren Erkrankungen hatte. Ganz allmählich ann völlige Klarheit, Freisein von Sinnestäuschungen und Wahnideen und bektive Krankheitseinsicht ein.

Nach Besprechung einiger symptomatologischer Gesichtspunkte kommt zu dem Schlusse, daß es wohl am nächsten liege, in dem vorgestellten als Diagnose eine recidivierende akute halluzinatorische Paraauf der Grundlage einer degenerativen, hysterisch-epileptischen Veranlagung anzunehmen.

Wegen des allgemeinen psychopathologischen Interesses wird der Fall an r Stelle ausführlich publiziert werden.

Diskussion: Herr *Liepmann* stellt die Frage, ob ein besonderer Grund re, die überzeugend als auf dem Boden der Hysterie entstandenen itseinsstörungen nicht als hysterische Dämmerzustände bezw. Psychosen zeichnen und den für nicht scharf remittierende, kontinuierlich verde, kein Alterieren des Bewußtseins zeigende Psychosen gebräuchlichen n Paranoia anzuwenden?

Herr *Seiffer* weist auf die Zeiträume hin, welche zwischen den einzelnen nkungen liegen, sowie auf das Auftreten von schweren halluzinatorischen ngszuständen mit zahlreichen Halluzinationen, so daß die von ihm ebene Krankheitsbezeichnung die zutreffende sein dürfte.

Digitized by Google

Herr *Rauschke*: Begleitdelirien.

Einleitend gibt Vortr. eine Definition der Begleitdelirien als vorzugsweise auf intellektuellem Gebiete sich abspielender geistiger Störungen, welche durch im Körper wirkende Schädlichkeiten hervorgerufen würden, und welche in ihrem Verlauf und in ihrer Schwere von der fortlaufenden und mehr oder weniger intensiven Einwirkung des betreffenden Agens abhängig seien, und erwähnt dann die verschiedenen Formen: Infektions- oder Fieber-, Toxische, Deferveszenz- oder Collaps- und Inanitionsdelirien, zwischen denen Übergangsformen bestünden.

Aus der Fülle der Begleitdelirien greift er diejenigen bei Kompensationsstörungen des Herzens und bei chronischen Nierenkrankheiten heraus und teilt zwei diesbezügliche Fälle mit. In dem einen handelte es sich um einen 54 jährigen Arteriosklerotiker mit Mitralinsuffizierung, Myokarditis und Kompensationsstörungen. In der Anamnese war Lues nachgewiesen; die Kniephänomene fehlten. Neuritis oder Symptome von Delirium potatorum bestanden nicht. Er zeigte leichte Delirien im Sinne von Halluzinationen und Illusionen, die gelegentlich zur Verkennung der Umgebung führten. Die zweite Mitteilung betrifft einen 62 jährigen Biertrinker mit Arteriosklerose, Aortenaneurysma, Aorteninsuffizienz und Stenose sowie Hypertrophie beider Herzventrikel, Stauungserscheinungen im ganzen Körper, namentlich von Seiten der Nieren. Die Obduktion ergab außerdem chronische Leptomeningitis. Auch hier war Alkoholdelirium auszuschließen. Der Kranke hatte schwere Delirien im Sinne von Halluzinationen und Illusionen und schwerer Inkohärenz; daneben bestand Hemmung. Die Affektlage entsprach dem Ablauf der Ideenassoziation.

In beiden Fällen handelte es sich um toxische Delirien infolge mangelnder Nierentätigkeit, welche zu ihrem Ausbruch einer Vorbereitung des Körpers bedurften, in dem einen Falle durch überstandene und nicht spurlos vorübergegangene Lues, in dem anderen durch Schädigung des Körpers infolge chronischer Alkoholexzesse.

Vortr. glaubt, daß in diesen beiden und einem dritten, von ihm nicht ausführlich mitgeteilten Falle, wo bei einer Kranken mit hochgradiger Anämie und chronischer Nephritis sich ohne Temperatursteigerung kurz vor der Entbindung bis ins Puerperium reichende Delirien einstellten, die Begleitdelirien im allgemeinen zu ihrer Entstehung zwar einer auslösenden Ursache bedürfen, aber auch eine Prädisposition irgendwelcher Art nötig haben. Daß es sich in seinen Fällen nicht um rein urämische Delirien handelte, dafür spricht ihm das völlige Fehlen des *Fürstner*schen Symptomes.

Zum Schluß bespricht er kurz die Differentialdiagnose zwischen Begleitdelirien einerseits und akuter halluzinatorischer Paranoia sowie Meningitis andererseits. (Eigener Bericht.)

Diskussion: Herr *Ziehen* bemerkt, daß in den vorgetragenen Fällen Delirium tremens nicht vorgelegen hat und diese Fälle dadurch von besonderem Interesse sind.

Digitized by Google

Herr *Liepmann*: Psychose der Mutter und Psychose der Tochter.

Während die älteren Psychiater die Lehre von der Transformation Geisteskrankheiten aufstellten, d. h. die Anschauung, daß sich die ver- edenartigsten Geisteskrankheiten und Nervenkrankheiten bei verschiedenen erationen vertreten könnten (ein Standpunkt, der in *Morels* Degenerations- e seinen schärfsten Ausdruck gefunden hat), sind neuerdings wieder Stimmen insten einer vorwiegend gleichartigen Vererbung laut geworden.

Wenn *Sioli* die gleichartige Vererbung unter bedeutenden Einschrän- zen vertrat, so hat *Vorster* vor kurzem die Anschauung zu begründen ucht, daß der Schein einer Ungleichartigkeit der geistigen Erkrankungen Aszendenten und Deszendenten nur durch zu enge Fassung der Krankheits- r zustande komme. Die einzelnen Zustandsbilder seien nämlich sehr chiedene; lege man dagegen die großen Krankheitsgruppen *Kraepelins* unde, so zeige sich eine ganz vorwiegend gleichartige Vererbung.

Zur Entscheidung dieser eminent wichtigen Frage kann natürlich nur großes Material dienen. Es dürfte aber Einigkeit darüber herrschen, die größte Zahl solcher Familiengeschichten wertlos ist, wenn nicht jede elne den hier besonders strenge zu stellenden Anforderungen genügt. Krankheitsgeschichten mehrerer Generationen, welche bezüglich Gründlich- und Dauer der Beobachtung, Lückenlosigkeit für alle in Betracht kom- den Daten jeden Zweifel an der Natur der Krankheitsprozesse beheben, e kein Überfluß sein.

Wenn daher, wie bei dem vorzustellenden Fällepaar, ganz ungewöhnlich iebige, über vier Jahrzehnte sich erstreckende, die gesamte Entwicklung psychopathischen Familie verfolgende Beobachtungen vorliegen, so dürfte t ein der Mitteilung würdiger Beitrag zu dem Material, welches der chkeitsforschung zugrunde gelegt werden kann, vorliegen. Zugleich lten wir ein biologisch und soziologisch lehrreiches Bild von den Schick- einer Familie, deren Mutter aus dem Irrenhaus heraus geheiratet hat.

Die jetzt 53 Jahre alte Mutter hatte eine Großmutter, die an Angst- llen litt. Sie lernte gut. Mit 20 Jahren: klonische Krämpfe sehr mannig- ger Art, Lach- und Weinanfälle, Globus, choreatische Bewegungen, heitere gungen mit Ideenflucht. Schon damals Diagnose: Hysterie. Die Diagnose: erische Geistesstörung, wurde durch vollkommene Einstimmigkeit der achtungen in vier verschiedenen Anstalten, in denen Patientin zu sechs chiedenen Malen während ihres Lebens sich befand, vollkommen gesichert. dieser Erkrankungen spielten sich vom Jahre 1875 bis 1881 ab. Die hischen Erscheinungen bestehen immer, kurz gesagt, teils in heiteren ien mit tobsüchtiger Erregung, teils in depressiven Zuständen, in denen Nahrung verweigert, die auffälligsten, wiederholt nur fingierten Selbst- hädigungen vornimmt, wie Nadelnverschlucken, Nadeln in die Wade en und ähnliches.

Diese Zustände treten anfallsweise auf, dauern Wochen bis mehrere ate, dazwischen lange Zeiten, in denen sie vollständig klar und verständig

und geordnet ist. Vom manisch-depressiven Irresein grenzt sich die Krankheit u. a. ab durch Serien exquisit hysterischer Anfälle, welche die Geistesstörungen teils einleiten, teils durchsetzen; Opistotonus, attitudes passionelles, schraubenförmiges Drehen des Körpers, dann Umsinken, Schluchzen und Weinen und sonderbare Schwimmbewegungen am Fußboden werden in allen Anstalten gleichmäßig geschildert. Totale Analgesie im Anfall. Das nur einmal untersuchte Gesichtsfeld zeigte hochgradige konzentrische Einschränkung. Außerhalb des eigentlichen Krampfes Globus und Präkordialangst.

Ihre Bosheit und Gewalttätigkeit machten sie zu einem äußerst gefürchteten Insassen der Anstalten, viele Wochen lag sie nackt im Seegrase, intriguierte und hetzte auch in ruhigeren Zeiten. In den luciden Intervallen äußerst erotisch, knüpfte mit drei Wärtern Liebesverhältnisse an, kam in der Anstalt nieder, als sie nicht mehr eigentlich interniert, sondern bei einer Wärterfamilie in Pflege war. Es wurde im Jahre 1880 ein Zirkular notwendig, in dem alle Pfleger vor dem Verkehr mit ihr gewarnt wurden. Die Antwort war ein neues Liebesverhältnis mit einem Wärter, der sie im Jahre 1881 heiratete. Danach ist sie 18 Jahre ohne geistige Störungen geblieben, wenn auch oft Bekundungen ihrer hysterischen Konstitution auftraten, so bei Erregungen hysterische Krämpfe. Bekam neun Kinder, führte ihren Haushalt gut und trug noch durch Waschen zum Unterhalt bei.

Ende der neunziger Jahre fing der Mann an zu trinken, die Ehe wurde unglücklich, und die Frau beschuldigte den Mann wiederholt der Unzucht mit den Töchtern. Als im Jahre 1899 die 15- und 16jährigen Töchter gleichzeitig gravide wurden, ließ sie wieder derartige Äußerungen fallen und veranlaßte die Abtreibung. Daraufhin Verhaftung des später wieder freigelassenen Mannes — die Töchter behaupteten, von anderer Seite gravide zu sein —, und als ihr Verhaftung drohte, Ausbruch einer neuen Psychose, deren erste Zeichen schon während der Schwangerschaft der Töchter aufgetreten waren. Wieder in eine Anstalt gebracht, zeigte sie dasselbe typische Bild wie vor 18 Jahren, hysterische Krämpfe und einen deliriösen Dämmerzustand von mehreren Monaten. Erklärte dann plötzlich, sie habe alles simuliert, um straflos zu sein, und demonstrierte einen den früheren täuschend ähnlichen Anfall. Sie drängte sehr einsichtslos heraus und legte damals wenig Urteil an den Tag. Sie ist seit sechs Jahren wieder in Freiheit, hat hin und wieder hysterische Krämpfe, zeigt sich zwar geistig etwas beschränkt, labil in ihren Stimmungen, bietet aber keine Spur einer eigentlichen Verblödung. Sie hat vollkommene Krankheitseinsicht, führt den Haushalt, die Regsamkeit des Gefühlslebens ist erhalten, und sie hat die für die Führung ihrer Angelegenheiten erforderliche Intelligenz. Bei Erregungen ist sie sofort verändert.[1]) So gerät sie bei der Vorstellung in eine Art Dämmerzustand, während sie zwei Tage vorher noch vollkommen besonnen war und mir alle

[1]) Nach der Demonstration erfuhr ich, daß sie vorher draußen geäußert hätte, sie hätte Angst, geköpft zu werden.

Digitized by Google

anamnestischen Daten angegeben hatte, kann sie jetzt plötzlich Zahl und Namen ihrer Kinder nicht mitteilen.

Die dritte Tochter der Patientin aus der Ehe mit jenem Wärter (in dessen Familie geistige Erkrankung nicht vorgekommen sein soll) ist die im Jahre 1885 geborene, jetzt seit fünf Jahren in Dalldorf befindliche Patientin. Sie war von Hause aus imbecill, lachte und weinte manchmal unmotiviert, konnte aber drei Schulklassen absolvieren und sich in einer Fabrik 7 M. wöchentlich verdienen. In eigentliche Geisteskrankheit verfiel sie ein Jahr nach der Entlassung der Mutter, 1900. Nach akutem Erregungsstadium mit Weinen, Lachen, Tanzen, Untersichlassen, zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen (Schlangen im Leib, Gift im Essen), traten immer mehr die Zeichen eines katatonen Verblödungsprozesses hervor. In der fünfjährigen Krankengeschichte, die ich hier nur kurz zusammenfasse, ist immer wieder von Katalepsie, Echopraxie, Echolalie, Grimassieren, automatisch trampelnden, hüpfenden Bewegungen, Negativismus, Mutacismus usw. die Rede. Jetzt ist sie meist stuporös, spricht nicht, ermangelt jeder Initiative, lacht ganz stereotyp häufig leise auf, führt stereotype Bewegungen mit den Händen aus. Der Stupor wird manchmal durch kurze Erregungszustände, in denen sie unflätig schimpft, Kranken in die Haare geht usw., unterbrochen. Mehrfach traten Zeiten auf, in denen sie sprach, bot dann gezierte, exquisit infantile Artikulation, zeigte höchste Denkträgheit, dadurch bedingtes Vorbeireden, Stereotypie, Personenverkennung, Wahnideen und Unfähigkeit, die Gesamtsituation aufzufassen. Mangel an Schamgefühl, Disharmonie zwischen Vorstellungsinhalt und Gefühl (lacht bei Äußerungen traurigsten Inhalts). Klar war sie in den fünf Jahren nie, die Apathie, Stereotypie haben im Verlauf derselben immer mehr zugenommen.

Kurz, bei der Mutter treten auf dem Boden der Hysterie neben Krampfanfällen sechsmal länger dauernde geistige Störungen auf, die nicht zu schwerem geistigen Verfall führen, sondern nach ihrem Ablauf ihre geistige Verfassung immer wieder auf dem status quo ante zurücklassen.

Bei der Tochter dagegen ein von vornherein defektes Gehirn und in der Pubertät eine Psychose, welche nach Symptomen und Verlauf den Charakter eines deletären Prozesses trägt, der die Psyche auf eine tiefere Stufe zurückwirft, eine sog. Dementia praecox.

Es bestehen zwar gemeinsame Züge bei Mutter und Tochter: Erotie, Hypalgesie, schwere affektive Entladungen. In der Hauptsache aber handelt es sich um prinzipiell verschiedene Krankheitsformen. Das Fällepaar liefert also keine Stütze für die *Vorster*sche Lehre von einer bei Zugrundelegung der *Kraepelin*schen Gruppen gleichartigen Vererbung, sondern bietet einen Fall von ausgesprochen degenerativer Vererbung. *Gock.*

Digitized by Google

Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater. München 13. und 14. Juni 1905.

Sitzungsbericht vom 13. Juni 1905.

Die Versammlung wird im großen Hörsaal der neuen psychiatrischen Klinik abgehalten.

Anwesend waren die Herren: *Alzheimer*-München, *Ast*-München, *Barone-cini*-Bologna (Ital.), *Bouman*-Loosduinen (Holland), *Brandl*-München, *Bumke*-München, *Dees*-Gabersee, *Degenkolb*-Roda S. A., *Dreschfeld*-München, *Dreyfus*-Heidelberg, *Eccard*-Frankenthal, *Ehrenfeld*-Irsee, *Eisath*-Hall (Tirol), *K. Eisen*-Bayreuth, *Ellmann*-Karthaus-Regensburg, *Fauser*-Stuttgart, *Fischer*-Prag, *Fischer*-Preßburg, *Frank*-Münsterlingen (Schweiz), *Friedrich*-München, *P. Gannuschkin*-Moskau, *Gaupp*-München, *Geiger*-München, *F. Glatzel*-Göppingen, *v. Grashey*-München, *Greither*-Starnberg, *Groß*-Schussenried, *Gudden*-München, *Henkel*-München, *Herfeldt*-Ansbach, *Herrmann*-München, *Hoch*-Kaufbeuren, *v. Hößlin*-Tübingen, *M. Hofmann*-München, *Hügel*-Klingenmünster, *Jacob*-München, *Janssens*-Holland, *Imboden*-Münsterlingen, *Imhof*-Werneck, *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, *Kemmler*-Weinsberg, *Koch*-Zwiefalten, *Kraepelin*-München, *Kraußold*-Bayreuth, *Kundt*-Deggendorf, *Landerer*-Kennenburg (Württ.), *Landerer*-München, *Lehmann*-Bamberg, *Lößl*-Gabersee, *A. Ludwig*-München, *Lüttge*-München, *Marcus*-Stockholm, *Müller*-Landshut, *L. R. Müller*-Augsburg, *Neisser*-Bunzlau, *Nissl*-Heidelberg, *Nitsche*-München, *v. Norbert*-München, *Pfausler*-Valduna, *Pfeiffer*-Augsburg, *Pick*-Prag, *Plaut*-München, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Probst*-München, *Pütterich*-Gabersee, *K. Ranke*-München, *O. Ranke*-München, *E. Rehm*-München, *O. Rehm*-München, *Reichardt*-Würzburg, *Rein*-Ansbach, *Reiß*-München, *Römer*-Hirsau (Württ.), *Sander*-München, *Sendtner*-Kaufbeuren, *H. R. Spatz*-München, *Specht*-Erlangen, *Specht*-Tübingen, *Schnorr v. Carolsfeld*-München, *Schott*-Weinsberg, *Schwarz*-Bayreuth, *Schweighofer*-Salzburg, *Sterling*-Warschau, *Stiefler*-Innsbruck, *Stoeckle*-Werneck, *Stransky*-Wien, *Tesdorpf*-München, *Ungemach*-München, *Utz*-Ansbach, *Vocke*-München, *Vogler*-Deggendorf, *A. Wacker*-München, *Wagner*-München, *Weiler*-München, *Wetzel*-München, *Weygandt*-Würzburg, *Würschmidt*-Erlangen und *Zahn*-Stuttgart — im ganzen 99 Teilnehmer.

Vorsitz: *Vocke*-München, *Herfeldt*-Ansbach, *Kraepelin*-München.

Schriftführer: *Gaupp*-München, *Probst*-München.

Vocke eröffnet um 9¼ Uhr die Sitzung, begrüßt die Versammlung, weist auf den neuen Charakter der Versammlung hin, die heuer zum erstenmal auch zahlreiche Gäste aus den Nachbarländern umfaßt, und widmet diesen Gästen besonders herzliche Worte des Empfanges.

Kraepelin, als Vertreter der klinischen Psychiatrie und Leiter der Klinik heißt hierauf die Versammlung willkommen und spricht seine Freude darüber aus, daß sein Haus als erste Kollektivgäste die bayerischen Psychiater sehe

Digitized by Google

könne: er weist darauf hin, wie die Klinik die Erfüllung langjähriger und sehnlicher Wünsche sei; sie sei nun neu und frisch; aber die Traditionen, die sie übernommen, werden die alten bleiben.

Vocke dankt dem Hausherrn, verliest dann Entschuldigungs- und Begrüßungsschreiben von *Fröhlich*-Königsfelden, *Cl. Gudden*-Bonn, *Monakow*-Zürich, *Forel*-Chigny, *Mayser*-Hildburghausen, *Beckh*-Nürnberg, *Lehmann*-Dösen.

Die Zahl der Mitglieder beträgt 85; 2 sind abgegangen, davon Assistenzarzt *Wimmer*-Karthaus-Prüll mit Tod.

Vocke gedenkt des Todestages *Bernhard von Guddens*, der sich heute jähre. Die Versammlung ehrt das Andenken der beiden Toten durch Erheben von den Sitzen und beschließt auf Antrag *Vockes*, am Grabe *Guddens* einen Kranz niederlegen zu lassen.

Im geschäftlichen Teil gibt *Vocke* bekannt, daß die Antwort des königlichen Staatsministeriums (13. Januar 1905) auf die im Vorjahre gefaßte Resolution betreffend Unabkömmlichkeit des männlichen Pflegepersonals im Mobilmachungsfalle von einer generellen Entscheidung absehe, so daß also wieder von Fall zu Fall Dringlichkeitsantrag gestellt werden müsse. Sodann wird ein Schreiben der Sanitätskolonne bekannt gegeben, die den Verein als solchen zum Beitritt einlädt.

Die Rechnungsablage ergibt:

Einnahmen	176 M. — Pf.
Ausgaben	89 „ 09 „
Aktivrest	86 M. 91 Pf.
Hierzu Aktivrest aus dem Vorjahre	218 „ 29 „
Sonach Kassebestand	305 M. 20 Pf.

Karrer-Klingenmünster und *Kraußold*-Bayreuth prüfen die Bücher: die Rechnung erfährt keine Beanstandung.

Vocke schlägt dann vor, künftighin auf den Jahresversammlungen ausführliche Referate erstatten zu lassen, und schlägt als Referat fürs nächste Jahr vor: „Über die Lage des irrenärztlichen Standes", für 1907 im Benehmen mit *Kraepelin* und seinen Mitarbeitern: „Die stationäre Paralyse".

Kraepelin schlägt *Vocke* als Referenten für 1906 vor: unter Zustimmung der Versammlung nimmt *Vocke* das Referat an und schlägt nun seinerseits für 1907 die Herren *Alzheimer* (anatomischen Teil) und *Gaupp* (klinischen Teil) vor; beide erklären sich zur Übernahme bereit.

Vorträge:

1. *Kraepelin*-München: Fragestellungen in der klinischen Psychiatrie.

Der Vortrag ist im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905 S. 573 veröffentlicht worden.

Digitized by Google

Diskussion: *Vocke* bemerkt, daß der Verein bayerischer Psychiater und die bayerischen Verhältnisse sich gut zu gemeinschaftlichen wissenschaftlichen Forschungen eigneten, und daß er versichern könne, daß Anstalten und Klinik zusammen arbeiten werden besonders in der nun im Vordergrund stehenden Frage der stationären Paralyse; er hebt die größere Befriedigung der Anstaltsärzte hervor, wenn sie sich wissenschaftlich an der Lösung der Aufgabe beteiligen können.

Cl. Neisser-Bunzlau: Das von Herrn *Kraepelin* proklamierte Programm gemeinsamer Arbeit, von welchem er zunächst den weiteren klinischen Fortschritt erhofft, ist gewiß mit Freude aufzunehmen und zu begrüßen. Ein erheblicher Erfolg für unsere Disziplin liegt ja schon darin, daß *Kraepelin* es verstanden hat, eine große Zahl von Fachgenossen für die klinischen Fragen zu interessieren und zu einer mehr großzügigen klinischen Arbeitsweise anzuregen. Außerdem ist es unbedingt anzuerkennen, worauf ich nachher noch zu sprechen kommen werde, daß eine im allgemeinen wohl naturwahre große Gruppenbildung schon jetzt durch ihn angebahnt worden ist. Wenn aber *Kraepelin* heute, indem er Ziele und Wege der Forschung programmatisch formuliert, die Empfehlung ausspricht, unter allen Umständen eine bestimmte Diagnose zu stellen, alle vorkommenden Fälle, so gut es eben gehe, einer schon bekannten Form diagnostisch einzufügen, um an der Hand eines so gewonnenen Materials die nosologischen Fragen zu studieren, so ist es notwendig, darauf hinzuweisen, daß der Methode prinzipielle Fehlerquellen und Einseitigkeiten anhaften, und daß man sich dieser von vornherein klar bewußt sein muß, wenn man nicht verfehlte Schlüsse ziehen will. Wir müssen uns daran erinnern, daß wir bezüglich der Wertigkeit der einzelnen psychotischen Symptome und bezüglich der gegenseitigen Abhängigkeit und Bedingtheit der verschiedenen, sei es gleichzeitig, sei es nacheinander auftretenden Symptomkomplexe zurzeit keinen anderen Maßstab besitzen als denjenigen, welchen uns die klinische Beobachtung selbst bietet. Die pathologische Anatomie läßt vorläufig noch in bezug auf die meisten Punkte im Stich, und eine allgemeine Pathologie, eine physiologische Pathologie etwa im Sinne der *Cohnheim*schen, ist ebenfalls noch ein frommer Wunsch. Gestatten Sie mir an einem Beispiel aus der Somatopathologie klarzumachen, wohin ich ziele. Nehmen Sie einen ganz gewöhnlichen alltäglichen Fall aus der Praxis: ein kyphoskoliotisches Individuum, das schon öfter katarrhalischen Affektionen der Luftwege, auch Insuffizienzerscheinungen vonseiten des Herzens unterworfen war, finden Sie in einem schwer dyspnoischen Zustande: hochgradige Cyanose, Husten mit entsprechendem Auswurf, mäßiges Fieber, Eiweiß im Urin, Herzdämpfung nach rechts vergrößert, im übrigen die physikalischen Erscheinungen einer vielleicht gar nicht einmal sehr ausgedehnten Bronchitis; es erfolgt der exitus letalis. Wenn man nun, wie dies in der Psychiatrie zum großen Teil noch der Fall ist, die gegenseitige Bedingtheit der einzelnen Symptome und Symptomkomplexe nicht kennen würde und würde ohne eingehende

Digitized by Google

ividualisierung nach der von *Kraepelin* empfohlenen Methodik verfahren, würde der Verlauf dieses Falles in bezug auf die Erkenntnis der „Krank-t": Bronchitis, wahrscheinlich mehr irreführend als klärend wirken. Oder men Sie ein anderes Beispiel: Bei einem sonst ganz typischen Falle von lominaltyphus tritt im späteren Verlaufe eine Perforation eines Darm-chwürs mit foudroyanter Peritonitis und in einem zweiten sonst analogen le eine solche mit nachfolgender lokaler Abkapselung ein, während ein ter Fall normal heilt. Auf diesem Gebiete sind wir so weit, scheiden können, was von den Symptomen und dem Verlaufe auf Rechnung des ndprozesses, was auf andere Umstände zu beziehen ist. Übertragen wir aber auf die psychiatrische Disziplin, so muß es doch sehr fraglich erschei-, ob es berechtigt ist, unter allen Umständen und in jedem Falle eine be-mmte einheitliche Diagnose zu stellen, ganz abgesehen von der Erschwerung, die Beobachtung der Fälle in ihren verschiedenen Stadien manchmal an ver-edenen Orten stattgehabt hat! *Kraepelin* geht meines Erachtens zu weit, n er von einer Krankheit durchaus einen ganz bestimmten Verlauf erwartet, n er als Maßstab der Richtigkeit einer Diagnose fordert, daß dieselbe im kblick und Ausblick den klinischen Verlauf des Falles in seiner Eigenart sich schon zu bestimmen gestatten müsse. Daß in dieser Forderung ein iger Grundgedanke liegt, habe ich am allerwenigsten Anlaß zu leugnen, ich ja schon vor nahezu 20 Jahren in meiner Doktorarbeit über die utonie diesen Grundsatz vertreten habe. Aber man darf nicht ver-nen, daß die Geltung dieses Satzes doch nur eine bedingte ist und zwar t etwa nur mit Rücksicht auf den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse, lern nach der Natur der Sache. Das *Kraepelin*sche Programm bedarf r unbedingt der Ergänzung, und zwar bedarf es solcher ergänzenden iten, welche nicht der klinischen Gruppierung des Materials untergeordnet und ihr erst nachzufolgen haben, sondern welche mit ihr Hand in Hand n müssen und zum Teil sogar unabweisbare Vorarbeiten für dieselbe tellen. Klinische Individualisierung und verfeinerte Symptom-lyse, und auf dieser Grundlage der Ausbau einer allgemeinen chopathologie und einer brauchbaren Semiotik sind die Arbeits-, welche ich als unentbehrliche Ergänzung des *Kraepelin*schen gramms bezeichnen möchte.

Was nun die einzelnen speziell-klinischen Punkte anlangt, so ist es rlich nicht möglich, bei der Fülle der Anregungen, welche *Kraepelin* ben hat, auf alles einzugehen. Das eine aber möchte ich sagen, daß mich damit nicht befreunden kann, den Typus der Paranoia in dem rulantenwahn zu erblicken. Diesem Krankheitsbilde sind doch Züge ganz rer Art eigentümlich: ich erinnere nur an das spezifische Affektverhalten Querulanten und die ihnen zumeist zukommenden Störungen der Reproduk-auch die weitgehende Besserungs-, ja Heilungsmöglichkeit. Jedenfalls n sie meines Erachtens mit dem Bilde beispielsweise, was nach *Magnan-ius* als Paranoia completa bezeichnet wird, keine nahe Verwandtschaft.

Digitized by Google

Was aber die Dementia praecox-Gruppe anlangt, so muß ich sagen, daß ich bei Übernahme der 670 Kranke umfassenden Bunzlauer Anstalt, welche eine große Zahl von chronischen Fällen enthält, überrascht war, wieviel der der Aufstellung der Dementia praecox zugrunde liegende klinische Gesichtspunkt zur Orientierung leistet, und wie leicht sich wenigstens im groben die dahin gehörigen Fälle herausscheiden lassen.

Kraepelin antwortet kurz und erklärt, wenn man den Namen Paranoia für die landläufig so bezeichneten Fälle gebrauche, so dürfe man den Querulantenwahn nicht als eine Paranoia bezeichnen.

2. *Nissl*-Heidelberg: Über psychiatrische Fehldiagnosen.

Der Zweck der Analyse von fehlerhaft diagnostizierten Fällen ist der, daß man sich über die Fehler volle Klarheit verschafft, die bei der Beurteilung der Krankheitszeichen überhaupt gemacht werden, daß man insbesondere festzustellen versucht, welche Fehler bei richtiger Würdigung der Zustandsbilder bestimmt hätten vermieden werden können, und daß man endlich Übersicht über jene Fehler zu gewinnen trachtet, welche nach dem derzeitigen Stande unserer klinischen Kenntnisse und der Untersuchungsmethoden überhaupt nicht zu vermeiden sind. Es ist aber nicht möglich, ohne eingehende Kenntnisnahme der zur Verfügung stehenden Kasuistik von dem aus der Fehldiagnostik sich ergebenden Nutzen für die klinische Psychiatrie sich völlig zu überzeugen. Vortragender streift zwar kurz einige Ergebnisse mehr allgemeiner Art, so z. B. die Fehler, die trotz der Fortschritte in der Differentialdiagnostik jener Krankheiten, bei denen die Paralyse in Betracht kommt, noch immer gemacht zu werden pflegen, die Tatsache, daß für die Erkennung und Feststellung des die Krankheitszustände in der Dementia praecox = Gruppe charakterisierenden Leitmotivs — nämlich Mangel einer entsprechenden Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei erhaltener Auffassungsfähigkeit — die heutige Untersuchungstechnik oft gänzlich versagt, die Schwierigkeiten bei der diagnostischen Verwertung des Vorhandenseins oder Fehlens der sogenannten psychomotorischen Hemmung usw. . . ., verweist aber auf seine ausführlichen Mitteilungen, in denen er die Kasuistik eingehend berücksichtigen wird.

Das dem Vortragenden zur Verfügung stehende Fehldiagnosenmaterial ist eine Frucht der *Kraepelin*schen Forderung, daß wir uns bei psychischen Erkrankungen nicht damit begnügen dürfen, die Krankheitsäußerungen einfach zu registrieren: *Kraepelin* verlangt vielmehr, daß wir in jedem Falle eine Diagnose stellen, d. h. daß wir auf Grund der Krankenbeobachtung die vorliegende klinische Krankheitsform erkennen.

Gegen diese Forderung ist der Einwand erhoben worden, daß das Diagnostizieren, das Erkennen der Krankheitsformen deren Kenntnis voraussetzt, und daß bei dem derzeitigen Stand der klinischen Psychiatrie von einer Kenntnis der Krankheitsformen nicht wohl die Rede sein kann. Der Zweck

Digitized by Google

in jedem Falle eine Diagnose stellen zu müssen, führe dazu, daß man Fälle, die sich nicht ohne weiteres in eine der aufgestellten Krankheitsformen einfügen lassen, gewaltsam einordnet, und man setze dabei stillschweigend voraus, daß die bisher aufgestellten Krankheitsformen nicht nur wirkliche Krankheitsformen, sondern die überhaupt existierenden Krankheitsformen sind.

Um die *Kraepelin*sche Forderung zu verstehen, muß man sich darüber im klaren sein, daß die Aufstellung und Umgrenzung klinischer Krankheitsformen, welche den verschiedenen anatomischen Rindenerkrankungsprozessen entsprechen, das Leitmotiv der *Kraepelin*schen Forschungs r i c h t u n g ist, daß die Vereinigung möglichst zahlreicher Fälle von gleicher Entstehungsart, gleichen Krankheitszeichen, gleichem Verlaufsmodus und gleichem Krankheitsausgang zu einer klinischen Krankheitsform seinen Forschungs w e g bezeichnet, und daß endlich das Erkennen der auf diesem Wege gewonnenen Krankheitsformen aus den sich jeweilig darbietenden Zustandsbildern den P r ü f s t e i n für die Berechtigung der aufgestellten Krankheitsformen abgibt. — Entsprechen nämlich die aufgestellten Krankheitsformen wirklich verschiedenen anatomischen Rindenkrankheitsprozessen, so wird deren Diagnose notwendig auch die Prognose des Falles in sich schließen, und die weitere Verfolgung des diagnostizierten Falles bis zum Krankheitsausgang wird klarzustellen vermögen, ob die gestellte Diagnose tatsächlich auch die Prognose in sich schloß, d. h. ob die diagnostizierte Krankheitsform eine wirkliche klinische Krankheitsform darstellte. Daraus ergibt sich aber sofort, daß die Stellung der Diagnose nur ein T e i l der *Kraepelin*schen Forderung ist; ihren w i r k l i c h e n Wert erhält sie e r s t d u r c h d i e V e r f o l g u n g d e s K r a n k h e i t s v e r l a u f e s u n d A u s g a n g s d e s d i a g n o s t i z i e r t e n F a l l e s.

Wer also die *Kraepelin*sche Forderung, in jedem Falle eine Diagnose zu stellen, verwirft, weil das Erkennen der Krankheiten deren Kenntnis voraussetze, übersieht den Umstand, daß die Forderung *Kraepelins* nicht der Ausdruck dafür ist, daß wir die klinischen Krankheitsformen bereits kennen, sondern im Gegenteil ein F o r s c h u n g s m i t t e l für die klinische Psychiatrie sein soll, ferner daß sie die Richtigkeit der bisher umgrenzten Krankheitsformen nicht zur Voraussetzung hat, sondern vielmehr bezweckt, die Richtigkeit der bisher aufgestellten Krankheitsformen zu prüfen und neuen noch nicht bekannten Krankheitsformen auf die Spur zu kommen, insbesondere aber auch dazu dient, die Symptomatologie zu vertiefen.

Der Zwang, sich bei der Beurteilung eines Zustandsbildes unter allen Umständen ein Urteil über die zugrunde liegende Krankheitsform zu bilden, läßt sich also sehr wohl wissenschaftlich begründen. Eine ganz andere Sache ist die praktische Durchführung der *Kraepelin*schen Forderung. Hier können natürlich auch Fehler gemacht werden. Vortragender zeigt an der Hand seiner Erfahrungen, wie eine mangelhafte Durchführungstechnik den Wert der *Kraepelin*schen Forderung nicht nur herabsetzen, sondern unter Umständen sogar illusorisch machen kann. Vortragender ist der Meinung, daß bei der zurzeit geübten Durchführungsart die bei der früheren Technik nicht

Digitized by Google

immer zu vermeidenden Fehler ausgeschaltet werden. Heute begnügen wir uns nämlich nicht mehr mit der bloßen Stellung einer Diagnose, sondern betrachten als das Wesentliche die Begründung der gestellten Diagnose und zwar eine schriftlich fixierte Begründung derselben wo möglich von mehreren unabhängig voneinander urteilenden Beobachtern. Auch die Begründung des Urteils, warum der analysierte Krankheitszustand sich nicht in eine der bis jetzt aufgestellten Krankheitsformen einordnen läßt, bedeutet ein Erkennen, eine Diagnose.

Wenn es richtig ist, daß der Zwang, unter allen Umständen eine Diagnose zu stellen, ein wichtiges Forschungshilfsmittel für die klinische Psychiatrie darstellt, dann liegt es klar auf der Hand, daß auch die schriftlich fixierten Begründungen von fehlerhaften Diagnosen für die klinische Psychiatrie nutzbar gemacht werden können. Die Erfahrung lehrt, daß man in der Regel aus den Fehldiagnosen mehr lernen kann, als aus den richtig gestellten Diagnosen.

Was von der Diagnosestellung im allgemeinen gesagt wurde, gilt ebenso von den Fehldiagnosen. Mit der schriftlich fixierten Begründung einer gestellten Diagnose ist eben nur ein Teil der *Kraepelin*schen Forderung erfüllt. Ohne daß man nicht den weiteren Verlauf und den Krankheitsausgang des diagnostizierten Falles verfolgt, bleibt auch die schriftlich fixierte Begründung für die klinische Forschung wertlos. Ganz speziell gilt das natürlich von den Fehldiagnosen. Denn die Fehldiagnose kann überhaupt nur durch die Verfolgung des Krankheitsverlaufes und Krankheitsausgangs als solche sicher erkannt werden.

Ein für die klinische Forschung verwertbares Fehldiagnosenmaterial läßt sich daher nicht von heute auf morgen gewinnen. Die Sammlung eines solchen Materials erfordert Jahre und Jahrzehnte, und seine wissenschaftliche Ausnützung setzt eine Unmenge klinische Arbeit, vor allem eine sorgfältige und objektive Führung der Krankenjournale und einen wohlfunktionierenden Katamnesenapparat voraus.

Dank der zielbewußten klinischen Forschungsrichtung *Kraepelins* steht der Heidelberger Klinik zurzeit eine Fehldiagnosenmaterial von bereits mehreren Hundert Fällen zur Verfügung. Bis jetzt konnte Vortragender nur einen Teil des vorhandenen Materials und auch diesen nur nach einer Richtung durcharbeiten. Von dem bisher bearbeiteten Bruchteil des Fehldiagnosenmaterials kann hinwieder nur bei einem Bruchteil die wirkliche Diagnose auch nach den strengsten Forderungen der klinischen Psychiatrie für sichergestellt gelten. Die übrigen Fälle sind noch nicht solange beobachtet, daß man von einer absoluten Sicherheit zu sprechen berechtigt wäre.

Es war nicht möglich, in einem Vortrage an Hand der Mitteilungen zahlreicher Einzelfälle den eminenten Wert des Studiums eines größeren Fehldiagnosenmaterials für die klinische Psychiatrie darzulegen; vielleicht aber ist es dem Vortragenden gelungen, die Versammlung zu überzeugen, daß die richtige Durchführung der *Kraepelin*schen Forderung, in jedem Falle

Digitized by Google

eine Diagnose zu stellen, unbeschadet des Satzes „Das Erkennen der Krankheiten setzt deren Kenntnis voraus" als Forschungshilfsmittel wissenschaftlich durchaus begründet werden kann, und daß das bei der Befolgung dieser Forderung sich von selbst ergebende Fehldiagnosenmaterial vielleicht einen noch größeren Forschungswert besitzt als die richtig gestellten Diagnosen.

(Autoreferat.)

3. *Specht*-Erlangen: Chronische Manie und Paranoia.

Der Vortrag ist im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905, S. 590 veröffentlicht worden.

Diskussion: *Kraepelin* stimmt den Ausführungen des Vorredners zu, möchte aber der chronischen Manie nicht eine so scharf ausgeprägte Sonderstellung einräumen. Zwar sei sie von den Endzuständen des manisch-depressiven Irreseins abzutrennen, aber man beobachte oft genug bei den gewöhnlichen, anfallsweise verlaufenden Formen dieser Erkrankung hypomanische oder depressive Dauerzustände in den Zeiten zwischen den Anfällen, während umgekehrt der Vortragende auf das Vorkommen akuterer Anfälle in der chronischen Manie hingewiesen habe: hier seien also schwimmende Grenzen. Hinsichtlich der Verwechslung mit Paranoia verweist er auf das Vorkommen paranoider Züge auch in den abgegrenzten häufigen hypomanischen Anfällen.

Gaupp-München erwähnt kurz, daß *Jung* in seinem Aufsatze über „manische Verstimmung" das Bild der chronischen Manie geschildert habe.

Specht-Erlangen erwidert auf *Kraepelins* Bemerkungen, daß er die Selbständigkeit der chronischen Manie in dem Sinne vertreten habe, daß sie nicht mit chronisch-manischen Sekundärzuständen und sonstigen verwaschenen Bildern von noch ungeklärter klinischer Zugehörigkeit zusammengeworfen werden dürfe. Ihre nahe Verwandtschaft mit den periodischen Psychosen und das Vorkommen von Übergangsformen zwischen beiden liege in der Natur der Sache. Trotzdem nehme auch nach dieser Seite hin die chronische Manie in ihrer klassischen Ausprägung klinisch, sozial und forensisch eine durchaus eigenartige Stellung ein.

Nach einer Pause wird als Ort der nächsten Versammlung Würzburg gewählt; dann erfolgt die Vorstandswahl, aus der hervorgehen: 1. Vorsitzender *Vocke*-München, 2. Vorsitzender *Kauffmann*-Werneck; 1. Schriftführer *Gaupp*-München, 2. Schriftführer *Ast*-München.

Der bisherige erste Schriftführer *Ungemach*-München hatte gebeten, von seiner Wiederwahl abzusehen; der bisherige zweite Schriftführer *Probst*-München scheidet aus, weil er von München nach Bonn überzusiedeln gedenkt.

4. *Gaupp*-München: Die Depressionszustände des höheren Lebensalters.

Vortr. bearbeitete zum Studium der Frage, welchen Einfluß das höhere Lebensalter auf die Klinik der Psychosen ausübt, sämtliche in 11 Jahren auf-

Digitized by Google

genommene Fälle depressiver Psychosen, die bei Personen von über 45 Jahren ausbrachen. Bei der engen Zusammengehörigkeit der manischen und vieler depressiven Erkrankungen mußten erstere auch zur Untersuchung herangezogen werden. Er erörtert die Vorteile und Mängel einer derartigen methodischen Arbeitsweise, betont namentlich den Wert, den eine Inventaraufnahme aller vorkommenden Fälle, nicht bloß der typischen Formen, besitzt. Er stützt seine Ausführungen auf die Untersuchung von 300 Depressionszuständen und 51 rein oder vorwiegend manischen Erregungen.

Gaupp zeigt mit Hilfe tabellarischer Aufstellungen den Einfluß des Geschlechts (im höherem Lebensalter erkranken viel mehr Frauen an depressiven Psychosen als Männer, während bei den manischen Erregungen das männliche Geschlecht überwiegt), kennzeichnet in Kürze die Depressionszustände bei Paralyse, Hirnlues, sodann das manisch depressive Irresein bei älteren Personen, die periodischen Depressionen, die Melancholie des Rückbildungsalters, die psychotischen Bilder bei arteriosklerotischer und seniler Rindenerkrankung, die ängstlichen Depressionen bei Herzkranken; sodann schildert der Vortr. die atypischen Depressionszustände, vor allem die akute halluzinatorische Angstpsychose mit Verworrenheit und Ausgang in Tod oder Blödsinn, die konstitutionelle Verstimmung mit hysterisch degenerativen Zügen im Klimakterium und Senium, symptomatische Verstimmungen auf infektiöser und intoxikatorischer Grundlage, die Depressionen bei Thyreoideaerkrankungen, andere unheilbare depressive Erregungszustände seniler Färbung, endlich die Spätformen der Katatonie, über die *Schröder* schon früher auf Grund des gleichen Krankenmaterials berichtete, in deren Beurteilung aber *Gaupp* zum Teil einen etwas abweichenden Standpunkt einnimmt.

Der Vortrag erschien in der Münch. med. Wochenschrift 1905.

Keine Diskussion.

5. *Fauser*-Stuttgart: Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken.

Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift (s. S. 687 d. B.) erschienen.

In der Diskussion weist *Kraepelin* darauf hin, daß noch eine Reihe von katatonischen Störungen durch das Hervortreten ursprünglich vorgebildeter, aber beim gesunden Erwachsenen durch die höhere geistige Entwicklung in den Hintergrund gedrängter Dispositionen zu erklären seien.

Weygandt-Würzburg: Auch im normalen Kindesalter spielen rhythmische Vorgänge eine große Rolle, ferner in der Idiotie. Gegenüber dem Versuch, jene Erscheinungen bei Idioten zu erklären durch Annahme einer im Kindesalter einsetzenden Dementia praecox, scheint es näher zu liegen, daß sowohl bei Katatonikern wie bei Idioten die rhythmischen Erscheinungen zu erklären sind als Auftreten jener auch beim Normalen latent vorhandenen rhythmischen Antriebe, die beim Idioten durch Verharren auf infantiler Stufe, bei Katatonikern durch Ausfall der apperzeptiven Tätigkeit in die Erscheinung treten.

Digitized by Google

6. *Specht*-Tübingen: Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen.

Sp. kennzeichnet den gegenwärtigen Stand der Lehre von den traumatischen Neurosen und hebt hervor, daß denjenigen Fragen, über die man sich im Laufe der Zeit geeinigt hat, viele wichtigere Fragen gegenüberstehen, die ganz unbeantwortet sind, und zu deren Lösung in erster Linie nicht die Neurologie, sondern die klinische Psychiatrie berufen ist. Hierher gehören die Fragen nach der klinischen Begriffsbestimmung und der Abgrenzung gegenüber den nicht traumatischen Neurosen. Auf Grund psychologischer Untersuchungen, deren Ergebnisse an Kurven erläutert werden, gelangt *Sp.* zu der Annahme, daß die bisher unter einem Namen zusammengefaßte Gruppe der traumatischen Neurosen oder der Schreckneurose *Kraepelins* wahrscheinlich Krankheitsformen enthalten, die klinisch zu unterscheiden sind. Für die innerliche Verschiedenheit spricht auch das klinische Gesamtbild der untersuchten Kranken. Eine Gruppe der hierher gehörigen Krankheitsformen ist gekennzeichnet durch Krankheitserscheinungen, die sich darstellen als krankhafte Steigerung psychischer Vorgänge, die auch das gesunde Seelenleben beherrschen, namentlich der Ermüdung. In einer zweiten Gruppe wird das Krankheitsbild beherrscht durch Störungen, die in der Gesundheitsbreite und auch im Zustande der Erschöpfung keine Stelle finden, sondern psychischen Ursprungs sind. Diese zweite Gruppe steht in innerlicher Verwandtschaft zur Hysterie, für die ebenfalls die psychische Entstehung der Krankheitserscheinungen wesentlich ist. *Sp.* erörtert die Gründe, die für und gegen die Selbständigkeit der traumatischen Hysterie gegenüber der originären Hysterie sprechen, und befürwortet unter Betonung allgemeiner klinischer Grundsätze, vorläufig den zweiten Formenkreis der Hysterie einzureihen. Noch viel schwieriger als diese Frage gestaltet sich die Beantwortung der Frage nach der klinischen Stellung der anderen Gruppe. Hier erinnert das Krankheitsbild in vielen wesentlichen Zügen an zwei Krankheitsformen, bei denen die gesteigerte Ermüdbarkeit eine hervorstechende Krankheitserscheinung ist, die erworbene Neurasthenie und die originäre Form der nervösen Schwäche, die Nervosität *Kraepelins*. Die krankhafte Veranlagung, die für die traumatischen Neurosen gefordert werden muß, läßt daran denken, ob die erste Gruppe der Nervosität zugerechnet werden darf. Dann würde freilich gleichzeitig eine gewisse innerliche Verwandtschaft zwischen den beiden Formenkreisen der traumatischen Neurosen zugestanden werden gemäß unserer Auffassung, daß Hysterie und Nervosität unter den allgemeinen Begriff der Entartung fallen. Der Unterschied in den beiden Gruppen bliebe aber in dem Maße gewahrt, als auch Hysterie und Nervosität sich klinisch voneinander scheiden.

Eine Entscheidung nach dieser oder jener Richtung hin ist vorläufig nicht möglich. Erhöht werden die Schwierigkeiten der klinischen Umgrenzung noch dadurch, daß sich unter der ersten Gruppe möglicherweise Krankheitsformen befinden, die organischen Ursprungs sind. Vielleicht wird ein-

Digitized by Google

mal die fortgeschrittene klinische Erkenntnis den Standpunkt einnehmen, daß von den bisher unter einer Gruppe zusammengefaßten traumatischen Neurosen ein Teil der Hysterie zuzuweisen ist, ein Teil möglicherweise jenen Krankheitsformen, die wir jetzt als Nervosität beschreiben, und daß als die wirklich echten traumatischen Neurosen allein diejenigen zurückbleiben, die organischen Ursprungs sind. (Autoreferat.)

Diskussion:

Kraepelin hat ebenfalls die beiden vom Vortr. vorgezeigten verschiedenen Verlaufsarten der Ermüdungskurven bei Unfallkranken feststellen können, glaubt aber, daß es noch ausgedehnter Versuche an anderen Kranken verschiedener Art, namentlich an hysterischen bedürfen werde, bevor es möglich sei, zu einer Deutung der Ergebnisse zu gelangen.

Weygandt kann die Befunde mit kontinuierlicher Arbeit bei Traumatikern und Erschöpfungsneurasthenikern einerseits und konstitutionellen Neurasthenikern andererseits bestätigen, wie er u. a. in einem Vortrag auf der Badener Versammlung 1901 habe zeigen können. (Über die Arbeitskurve bei Traumatikern veröffentlichten *Groß* sowie *Röder* Ende der 90er Jahre Arbeiten.) Bei Erschöpfungsneurasthenikern lasse sich mittels der Feststellung der Ermüdungskurve auch der Fortschritt der Behandlung konstatieren.

Um 2¼ Uhr nachmittags wird die Vortragsreihe geschlossen und unter Führung *Kraepelins* erfolgt die Besichtigung der neuen psychiatrischen Klinik.

Sitzungsbericht vom 14. Juni 1905.

Vocke eröffnet um ½9 Uhr die Sitzung und verliest weitere Begrüßungsschreiben von *Hartmann*-Graz und *Wolff*-Basel.

7. *Alzheimer*-München: Ergibt sich ein annähernd gleicher Krankheitsprozeß bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund? (Mit Projektion mikroskopischer Bilder verschiedener Rindenerkrankungen.)

In seiner geistreichen Abhandlung „Über die Klassifikation der Psychosen" hat *Wernicke* sich dahin geäußert, daß wir aller Wahrscheinlichkeit nach berechtigt seien, bei den verschiedenen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund einen annähernd gleichen Krankheitsprozeß vorauszusetzen. Die Verschiedenartigkeit der klinischen Krankheitsbilder werde somit nicht durch einen verschiedenen Gewebsprozeß, sondern durch die wechselnde Anordnung eines einheitlichen Krankheitsvorgangs veranlaßt. Neben der Lokalisation habe noch die Ätiologie für die Gestaltung eines Krankheitsbildes Bedeutung.

Wäre die Auffassung *Wernickes* richtig, so müßte die weitere Erforschung der anatomischen Grundlagen der Geistesstörungen andere Wege einzuschlagen sich bemühen, als sie bisher gegangen ist. In einigen hoffnungsvollen Anfängen ist es der pathologischen Anatomie gelungen, den Nachweis zu bringen, daß die Krankheiten, welche mit Verblödung und Lähmung einhergehen, durch verschiedenartige Gewebsprozesse bedingt werden. Wenn so

Digitized by Google

jetzt in den Bereich der eigentlichen Psychosen eindringen will, wird sie sich vor allem die Frage beantworten müssen, ob nicht hier ihr Suchen nach abweichenden Gewebsbefunden von vornherein aussichtslos sei, und ob ihr nicht etwa nur die Aufgabe zufalle, die Anordnung dieser Veränderungen zu studieren und für die *Wernicke*sche Lokalisationshypothese die anatomische Begründung zu finden.

Und tatsächlich scheint auf den ersten Blick manches für *Wernickes* Annahme zu sprechen. Während wir bei jenen Prozessen, bei denen uns eine histologische Differentialdiagnose möglich geworden ist, in erster Linie, wenn auch nicht ausschließlich, abweichende Veränderungen an den Gefäßen fanden, begegnen uns hier einzig und allein und immer und immer wieder Schädigungen und Ausfälle nervöser Substanz und Wucherung im Stützgewebe. Die große Flut von Arbeiten aber, die sich mit dem Studium der krankhaft veränderten Ganglienzellen beschäftigt hat, hat einstweilen nur zu dem Ergebnis geführt, daß wir für keine Krankheit kennzeichnende Ganglienzellenveränderungen annehmen dürfen, und wenn einzelne Autoren der Meinung sind, daß sich an den Gliawucherungen Verschiedenheiten wahrnehmen lassen, so seien diese, wie *Wernicke* annimmt, nach den Gesichtspunkten, die uns *Weigert* an die Hand gegeben hat, nur davon abhängig, wie rasch und infolge welcher ätiologischen Schädlichkeit der Untergang der nervösen Gewebselemente vor sich gehe. Die Gliawucherung sei nur quantitativ verschieden, entsprechend einem langsameren oder schnelleren Fortschreiten des nervösen Zerfalls.

Wenn man aber genauer zusieht, ergeben sich doch gewichtige Anhaltspunkte dafür, daß weder die Schädigung der nervösen Substanz eine gleichartige, noch die Wucherung des Netzgewebes eine nur quantitativ verschiedene ist.

An der Hand einer Reihe von Bildern und Mikrophotogrammen wird dann dargelegt, daß heute schon der Satz, daß wir für keine psychische Erkrankung eine besondere Ganglienzellveränderung kennen, nicht mehr gültig ist, und daß sich bei den verschiedenen Krankheiten ein recht abweichendes Verhalten der Glia, hinsichtlich der Neigung zur Kernteilung, zur Faserbildung, zur Vergrößerung der protoplasmatischen Zellleiber, zur Pigmententartung und anderen regressiven Veränderungen nachweisen läßt. Jedenfalls kann man die wohl richtige Auffassung *Weigerts*, daß die Gliawucherung ein sekundärer, von der ursprünglichen Erkrankung des nervösen Gewebes abhängiger Prozeß sei, nicht so nehmen, daß es sich hier lediglich um quantitative Veränderungen handelt. Es gibt auch ihrem Wesen nach verschiedene Formen der Gliawucherung.

Wenn man aber alle die Beobachtungen, die hier angeführt wurden, auf die Wage legt, so muß sie sich dahin neigen, daß nicht nur den jetzt schon genauer erforschten Krankheiten, welche zu fortschreitender Verblödung mit Lähmung führen, sondern auch den übrigen Geisteskrankheiten histologisch verschiedene Krankheitsprozesse zugrunde liegen.

Digitized by Google

Diese zu erforschen und von einander abzugrenzen ist eine der wichtigsten Aufgaben, welche die pathologische Anatomie der klinischen Psychiatrie zu lösen hat.

Denn mit diesen verschiedenen Krankheitsprozessen stehen auch die nach *Wernickes* Auffassung wichtigsten Momente für die Gestaltung eines Krankheitsbildes und seine Stellung zur Klassifikation, die Ätiologie und die Lokalisation, offenbar in engen, abhängigen Beziehungen.

Die einzelnen Schädigungen, äußere und innere, die Gifte im weitesten Sinne fallen mehr oder minder mit dem einzelnen Krankheitsprozeß zusammen, bestimmen mit demselben den Verlauf und die Prognose eines Krankheitszustandes.

Am klarsten tritt dies hervor an dem Beispiel der Presbyophrenie senile Entstehung und der *Korsakow*schen Psychose auf alkoholischer Grundlage. Die histologische Untersuchung zeige hier, daß die Gewebsveränderungen, ohne Rücksicht auf die Lokalisation betrachtet, bei der Presbyophrenie den senilen entsprechen, bei der *Korsakow*schen Psychose aber davon abweichen und unverkennbare Beziehungen zu den alkoholischen Erkrankungen, besonders dem Delirium, erkennen lassen. Die Lokalisation der Veränderungen, die wir im einzelnen noch nicht feststellen konnten, begegnen sich hier offenbar in einem gewissen Stadium der Krankheit, weil klinische Bilder von weitgehender Ähnlichkeit zustande kommen. Im weiteren Verlauf aber weichen sie wieder auseinander dadurch, daß die Presbyophrenie sich klinisch und anatomisch immer mehr in die einfachen Formen der progressiven senilen Demenz einreiht, während der *Korsakow*schen Psychose die Eigenart der alkoholischen Störung bleibt, an sich nicht mehr weiter zu schreiten, wenn die äußere Ursache der Krankheit beseitigt ist.

Ebenso bestehen dann enge Beziehungen zwischen den einzelnen Krankheitsprozessen und der Anordnung, in welcher sie das Rindengewebe angreifen. Wir müssen annehmen, daß im allgemeinen ein bestimmtes Gift die Neigung hat, bestimmte Teile der Hirnrinde vorzugsweise zu schädigen.

Aber wie wir schon von der Paralyse und senilen Demenz wissen, zeigt nicht immer der gleiche Krankheitsprozeß die gleiche Anordnung. Neben den sogenannten typischen Fällen gibt es abweichend lokalisierte, atypische und alle Übergänge zwischen jenen. Der Krankheitsprozeß kann also aus bisher nicht bekannten und wohl auch nicht durch die *Edinger*sche Abnutzungstheorie völlig erklärbaren Gründen gelegentlich eine andere Anordnung annehmen. Bei einzelnen Krankheitsprozessen scheint die Anordnung sehr fest bestimmt, bei anderen die Möglichkeit größerer Variationsbreite gegeben. Daß solche atypischen Anordnungen mit atypischen klinischen Bildern auch bei den eigentlichen Psychosen vorkommen, wird an Präparaten von Fällen aus der Dementia praecox-Gruppe erläutert.

So kann also eine einheitliche Schädigung und ein einheitlicher Krankheitsprozeß unter Umständen abweichende klinische Bilder veranlassen. Es sei hier nur an die Tabes und Paralyse erinnert. Auf der anderen Seite

Digitized by Google

erscheint es aber wieder zweifelhaft, ob alle Krankheiten, die wir heute als alkoholische betrachten, durch einen einheitlichen Krankheitsprozeß bedingt sind. Besonders gilt dies vom Delirium tremens. Vielleicht ist aber auch hier, worauf ja auch klinische Beobachtungen hindeuten, nicht der Alkohol die direkte Ursache, sondern eine andere Schädigung, die in alkoholischen Erkrankungen anderer Körperorgane ihren Grund habe.

Wir werden uns schließlich also mit *Wernicke* zusammenfinden in der Annahme, daß für die Gestaltung irgend eines Zustandsbildes einer psychischen Krankheit die Lokalisation eines Krankheitsprozesses eine nahezu ausschließliche Bedeutung hat. Wenn wir uns aber überlegen, daß sich ein gleicher Krankheitsprozeß verschieden lokalisieren kann, aber seine verschiedenen Lokalisationsvarietäten wegen der Gleichartigkeit des Prozesses einen gleichen Verlauf nehmen, und wenn wir an dem Beispiel der Presbyophrenie und *Korsakow*schen Psychose sehen, daß verschiedene Krankheitsprozesse ähnliche Bilder erzeugen können, weil sie sich vorübergehend in einer gleichen Lokalisation begegnen, während die Verschiedenheit der Prozesse einen weiteren abweichenden Verlauf bedingt, wird uns klar werden, daß wir zu einer natürlicheren Zusammenfassung der verschiedenen Krankheitszustände kommen, wenn wir nicht die Lokalisation, sondern die Verschiedenartigkeit der krankhaften Gewebsprozesse zur Grundlage der Abgrenzung der einzelnen Krankheiten nehmen.

8. *Weiler*-München: Demonstration eines neuen Pupillenmeßapparates.

Der Apparat besteht im wesentlichen aus folgenden Teilen: 1. dem Beleuchtungsapparat, 2. dem Beobachtungsapparat, 3. dem Meßapparat, 4. den Apparaten zur Zeitmessung, 5. dem Apparat zur kinematographischen Aufnahme der Pupillenbewegungen.

Zur Beleuchtung des Auges können abwechselnd Nernst- oder Bogenlampen verwendet werden. Die Intensität des Lichts ist von 0 bis zirka 80 Meterkerzen abstufbar. Die Lichtzufuhr zum Auge kann, ohne daß die Lampen aus- oder eingeschaltet zu werden brauchen, jeden Augenblick geöffnet oder geschlossen werden. Das Licht fällt in Form eines parallelen Strahlenbündels ins Auge. Der Apparat ist so eingerichtet, daß sowohl ein Auge allein, wie auch beide zusammen beleuchtet werden können. Der Beobachtungsapparat besteht im wesentlichen aus einem Fernrohr, das gestattet, das Auge in vergrößertem Maße zu betrachten.

Die Messung der Pupillengröße geschieht, ähnlich wie bei den bisher konstruierten Projektionspupillometern, an einem in die Ebene der Pupille gespiegelten Meßapparat, nur mit dem Unterschied, daß kein Maßstab ins Auge gespiegelt wird, sondern statt dessen zwei gegeneinander verschiebliche Stäbchen. Die Weite der Pupille wird nach geschehener Messung an einer Skala in Zehntelmillimetern direkt abgelesen.

Neben einer exakten objektiven Messung der Pupillengröße gestattet der

Digitized by Google

Apparat auch eine genaue Messung der zeitlichen Verhältnisse des Ablaufs der Pupillenreaktionen. Diese Apparate im einzelnen zu beschreiben ist hier nicht der Platz.

Um mit dem Apparat die Bewegungen der Pupille kinematographisch aufzunehmen, wird auf einen Ansatz ein gewöhnlicher *Meesterscher* Kinematograph aufgesetzt und die Aufnahme mit Bogenlicht gemacht.

Der Apparat besitzt noch eine Reihe kleiner Nebenapparate, unter anderen auch einen solchen zur Bestimmung der Konvergenzreaktion, die zu beschreiben zu weit führen würde.

Vortr. zeigte einige mit dem Kinematographen gemachte Aufnahmen der Lichtreaktion der Pupille und projizierte zum Schluß eine solche mit dem kinematographischen Projektionsapparat. (Autoreferat.)

Diskussion: *Vocke* betont die Bedeutung des *Weiler*schen Apparates auch für die Irrenanstalten, namentlich auch für die Untersuchungen der psychischen Reflexe bei alten Fällen von Dementia praecox; es sei nur sehr zu wünschen, daß der Apparat noch bedeutend billiger werde, damit er von den Anstalten angeschafft werden könne.

9. *Ranke*-München: Über eine besondere Form von Entwicklungshemmung der Großhirnrinde. (Mit Demonstration von Präparaten.)

Nach kurzem Bericht über die klinischen Erscheinungen (Frühgeburt, Mikrokephalie, Kontrakturen der oberen und unteren Extremität beiderseits; septischer Prozeß unbekannter Genese und Tod am 20. Lebenstage) und das Sektionsergebnis (Fehlen der rechten Niere und Nebenniere; Mikroenkephalie und Mikromyelie; bezüglich der Windungsbildung des Gehirns: Nur die primären Fissuren — Fiss. Sylvii, Calcarina, Parietooccipitalis — typisch ausgebildet, im Frontal- und Occipitalpol eine Anzahl normal tief einschneidender, doch atypischer Furchen, die übrigen Teile beider Hemisphären nur seicht eingekerbt, mikro- und makrogyrisch) eines in der Münchener geburtshilflichen und pädiatrischen Klinik beobachteten Falles wurde eine Anzahl mikroskopischer Hirnrindenpräparate demonstriert, welche vor allem die an den „mikrogyrischen" Stellen aufgefundenen Rindenveränderungen zeigen sollten. Während am frontalen und occipitalen Pol der Rindenschichtenbau kaum Abweichungen von der Norm aufwies, fanden sich an den genannten Stellen Veränderungen der Architektonik, welche in der Literatur bereits mehrfach unter der Bezeichnung der „kortikalen Heterotopie" oder unter dem Sammelnamen der „Mikrogyrie" beschrieben worden sind. Am leichtesten wurde die Orientierung bei Betrachtung der zellarmen, superfiziellen Molekularschicht der Rinde: Während diese normalerweise mit der Oberfläche der Windungen parallel läuft, zeigte sie in den demonstrierten Präparaten mancherlei Einstülpungen in die Tiefe, die sich oft wieder verästelten. Am tiefsten reichten diese Einsenkungen der Mole-

Digitized by Google

kularschichte dort, wo makroskopisch die seichten „mikrogyrischen" Einkerbungen der Rinde sich befanden. Dort verliefen größere Gefäße innerhalb dieser Molekularschicht in die Tiefe und schienen eine Art von Furchung anzudeuten. Entsprechend den vielverästelten Zweigen der zellarmen Oberflächenschicht waren die Zellen der Rinde teils in Häufchen, teils in sehr komplizierten, etwa an Drüsen erinnernden Figuren angeordnet: stellenweise lagen derartige Rindenzellhaufen frei in der Marksubstanz, standen aber — wie Serienschnitte erkennen ließen — immer irgendwie mit der gesamten Rindenzellmasse in Zusammenhang. Das stark reduzierte Mark strahlte mit schmalen Bündeln in diese regellos erscheinenden Zellmassen ein.

Im Temporal- und Parietalgebiete wurden in der Nähe der Ventrikel innerhalb der noch auffallend reichlich vorhandenen Zellmassen des „zentralen Höhlengraues" knötchenförmige Anhäufungen von kleinen, dunkelkernigen Elementen bemerkt, welche nachweislich zu den aus dem Plexus stammenden Gefäßen in naher Beziehung standen. Bei stärkerer Vergrößerung erwiesen sie sich als bestehend aus jugendlichen Elementen der ektodermalen Stützsubstanz, mit einzelnen, wohlausgebildeten Ganglienzellen untermischt. Der Verdacht, daß es sich bei ihnen um aus dem Gefäßinnern oder der Gefäßwand stammende Elemente handeln könne, ließ sich mit voller Sicherheit ausschließen. Die Deutung dieser Herdchen als „ventrikulärer Heterotopien" schien die nächstliegende.

Nach kurzer Anführung der wichtigsten aus der über die gezeigte Rindenveränderung publizierten Literatur und nach Abweisung der bisher für diese Veränderung als möglicherweise in Betracht kommend angegebenen Ursachen (Verirrung und Festlegung von Neuroblastengruppen auf der Wanderung zur Rinde, — mangelhafte Markentwicklung, — gröbere pathologische Prozesse an den Gefäßen, nach Art der Porenkephalie usw.) suchte Vortr. an der Hand einiger mikroskopischer Präparate aus der normalen Rindenentwicklung dem Verständnis der interessanten Anomalie näher zu kommen.

Er zeigte, daß bei den Säugetieren in früher Fötalzeit (beim Menschen im vierten, am deutlichsten im fünften Monat) die Rindenzellen des Großhirns der noch ungefurchten Oberfläche nicht parallel verlaufen, sondern mit allerlei unregelmäßigen Knötchen und Zapfen gegen die zellarme Molekularschicht vorspringen (fötale Rindenwärzchen nach *Retzius*, *Retzius*sche Hirnwärzchen nach *His*). Dieses mit der Bezeichnung Status corticis verrucosus simplex sive Retzii belegte Verhalten gleicht sich bei den gyrencephalen Säugern im weitern Verlauf der Entwicklung wieder aus (beim Menschen etwa bis zum Ende des siebenten Monats); es erhält sich dagegen an manchen Stellen der lissenkephalen Rinde (am deutlichsten in der Riechrinde der Nager), sowie im Gyrus hippocampi der gyrenkephalen dauernd. Dieses histologische Verhalten des Gyrus hippocampi scheint die Ansicht *Brocas* und andere Autoren zu stützen, nach welcher der Gyrus fornicatus (mit dem Tractus olfactor. und seinen Wurzeln) als ein

Digitized by Google

eigener Hirnlappen („Lobus limbicus") anzusehen, somit in Gegensat gegen alle übrigen Hirnwindungen zu setzen sei. In dem demonstrierten Fal des mikrokephalen Kindes zeigte der Gyrus hippocampi keinerlei Abweichun vom Status verrucosus simplex.

Für die morphologische Erklärung des atypischen Verhaltens de geschilderten Rindenpartien in diesem Falle dürfte ein einfaches Ver harren im fötalen Wärzchenzustande der Rinde nicht ausreichen; ein solche könnte dagegen in Betracht kommen bei einem 1886 von *Anton* als Mikr gyrie mit Balkenmangel beschriebenen Gehirn.

In dem eigenen und zahlreichen der anderen als „kortikale Heter topien" beschriebenen Fälle ist wohl nur die normale Entwicklung zu Zeit des fötalen Status verrucosus simplex stehen geblieben; dagegen ha eine pathologische Weiterbildung im Sinne dieses Zustandes eingesetzt und endlich hat noch hier und dort ein Versuch zur Windungsbildun stattgefunden: durch diese drei Faktoren ließe sich am ehesten das kompli zierte Bild, für das der Ausdruck eines Status corticis verrucosus de formis vorgeschlagen wird, morphogenetisch erklären.

Mit wenigen Worten wurde schließlich noch auf die Fragen eingegangen Wie kommt der Status verrucosus simplex zustande? — Wie ist sein Persistieren an manchen Stellen der lissenkephalen Rinde, sowie im Gyrus hippocampi der gyrenkephalen Säuger zu erklären? — Wie komm es endlich zu seinem pathologischen Erhaltenbleiben in größeren Gebieten des menschlichen Gehirns (Fall *Antons*) sowie zu der Ausbildung des Status verrucosus deformis? Auf alle diese Fragen ließen sich bestimmte Antworten noch nicht geben; doch haben die Untersuchungen wahrscheinlich gemacht, daß der Status verrucosus simplex einerseits die Furchenbildung des Gehirns phylogenetisch und ontogenetisch vor bereitet, daß sein Auftreten andererseits mit den Hirngefäßen in irgend welcher Beziehung steht. Die Ernährung der Hirnrinde von der Pia aus beginnt nämlich etwa zu derselben Zeit (vierten und fünften Fötalmonat), in welcher sich der fötale Wärzchenzustand ausbildet; sein Verschwinden aber fällt ungefähr mit der Zeit zusammen, in der eine völlig gleichmäßige Vas kularisation der Hirnrinde erreicht ist. Ferner ließ sich in dem eigenen wie in einigen der früher publizierten Fälle von Stat. verrucos. deformis bemerken, daß die verbreiterte atypische Rindenbildung etwa so weit in das verschmälerte Mark hineinreicht, wie sich das Versorgungsgebiet der pialen Rindengefäße erstreckt. Endlich wäre auf die häufig zusammen mit dem Stat. verrucos. deform. beobachteten „ventrikulären Heterotopien" hinzuweisen, deren nahe Beziehung zu den Gefäßen des Marks — wie die Demonstration zeigte — nachgewiesen werden konnte. Als nächstliegende Anschauung wäre also wohl für die Entstehung des Stat. cort. verrucos. deformis die Hypothese aufzustellen, daß wir es bei ihm mit einer abnormen Bildung der Hirnrinde zu tun haben, die durch veränderte (ihrer Ursache nach uns einstweilen unbekannte) Ernährungsverhältnisse der Rinde zu er-

Digitized by Google

klären ist, welche zu einer übermäßig starken und abnorm lang andauernden Proliferation der gesamten Rindenelemente im Sinne des fötalen Stat. verrucos. simplex führten.

10. *Weygandt*-Würzburg: Über Mongolismus.

Bei der sogenannten mongoloiden Idiotie handelt es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen der eigenartigen Gesichtsbildung mit Schwachsinn und einigen anderen Symptomen, sondern um einen wohl abgegrenzten degenerativen Typus. Vortr. hat in Deutschland und England in letzter Zeit 67 Fälle derart klinisch untersucht.

Die auffallende Gesichtsbildung zeichnet sich vor allem durch niedrige, breite Nasenwurzel, stumpfe Nase, breite Jochbogengegend und schräge, kleine Augenöffnungen aus, sehr häufig findet sich Epicanthus. Der Schädelbau ist exquisit brachycephal.

Fast in allen Fällen ist die Zunge verändert, meist mit Rissen und vergrößerten papillae fungiformes versehen, gewöhnlich lang, aber nicht eigentlich verdickt. Die verschiedensten Gelenke sind außerordentlich weich, die Finger lassen sich nach dem Handrücken vielfach spitzwinklig zurückbiegen. Die kleinen Finger sind gewöhnlich einwärts gekrümmt bei kurz entwickelter 2. Phalange.

Nicht selten sind mannigfache Degenerationszeichen: Ohrmißbildungen, nach vorn geschlitztes Nasenloch, Asymmetrien; auch innere Defekte, wie angeborener Herzfehler, Atresien usw.

Die Fälle unterliegen vielen körperlichen Krankheiten, vor allem Entzündungen der Lider, Nase, Lippen usw., ganz besonders häufig der Tuberkulose.

Psychisch sind die Mongoloiden zunächst verlangsamt in der Entwicklung, dann lernen sie einige Jahre leidlich, um später wieder stehen zu bleiben. Der Charakter ist still, heiter, gutmütig, vielfach sind sie zu Scherzen aufgelegt. Hervorzuheben ist die Neigung zu Nachahmungen, auch Echolalie, Echopraxie und Grimassieren sind nicht selten. Die Sprachentwicklung ist meist mangelhaft.

Die Fälle sterben gewöhnlich früh an intercurrenten Krankheiten, selten werden sie über 25 Jahre alt (9,4%), ein Fall war 54jährig.

Die Kinder fallen vielfach schon bald nach der Geburt als abnorm auf. Häufig sind es die letzten Kinder einer kinderreichen Ehe, ferner auch die Kinder von verhältnismäßig alten und auch im Lebensalter erheblich verschiedenen Eltern.

Vortr. bespricht die verschiedenen Theorien der Affektion, Entstehung auf grund von Schilddrüsenstörung, von angeborener Syphilis, von Tuberkulose, und kommt zu der auch durch die bisher vorliegenden anatomischen Befunde und ethnologischen Tatsachen gestützten Auffassung, daß es sich um eine Hemmungsmißbildung handelt. Die Diagnose ist wichtig wegen der bedenklichen Prognose und auch wegen der Abgrenzung gegen Kretinismus und Myxödem. (Autoreferat.)

Digitized by Google

11. *Reichardt*-Würzburg: Über die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche.

Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift (s. S. 787 d. H.) veröffentlicht worden.

Diskussion: *Alzheimer*-München erklärt, der Schluß erscheine gewagt, daß, da die Schädel manchmal kleiner seien bei Paralyse, besonders gerade Mikrocephale von Paralyse betroffen würden; der Schädel verdicke sich, ohne er am Krankheitsprozesse teilnehme; sein Lumen verkleinere sich doch auch mit einem Schwunde des Gehirns; auch der andere Schluß, daß das Kleinhirn bei Mikrocephalen und Paralytikern oft kleiner sei, sei hier nicht zu verwerten; auch müßte man doch von der mikroskopischen Untersuchung Gebrauch machen, ehe man zu diesen Schlüssen kommen könne.

12. *Gudden*-München: Über Schlaftrunkenheit.

Der Vortr. erörtert nach einem Überblick über die Literatur an der Hand einiger Fälle zunächst die „physiologische" Schlaftrunkenheit, scheidet sodann die pathologische Schlaftrunkenheit in eine affektive, eine Traumtrunkenheit und in eine alkoholische. Die epileptische Schlaftrunkenheit wird kurz gestreift. Er gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Das hervorragendste Zeichen der Schlaftrunkenheit ist eine Verschiebung in der Wiederkehr der Besonnenheit und der Aktionsfähigkeit.

2. Die Ausbildung der Schlaftrunkenheit wird sehr häufig begünstigt durch die Schwäche oder das Fehlen von bestimmten Eindrücken vor dem Einschlafen, welche für die rasche Wiederkehr der Besonnenheit beim Erwachen von Bedeutung sind.

3. In gleicher Weise begünstigend wirkt das längere Vorhandensein von ängstlichen Affekten vor dem Einschlafen.

4. Für das Denken und Handeln der Schlaftrunkenen spielt das normalerweise schon mit vorzeitigem Erwachen verknüpfte Unlustgefühl eine Rolle.

5. Die pathologische Schlaftrunkenheit erstreckt sich bei gewissen Komplikationen (unsanfte Behandlung oder Trauma der Schlaftrunkenen) nicht selten über einen längeren Zeitraum. Die alkoholische Schlaftrunkenheit geht deshalb oft in einen pathologischen Rauschzustand über.

(Autoreferat.)

Diskussion: *Specht*-Tübingen fragt, ob der Vortr. bei den Schlaftrunkenen gelegentlich Störungen von seiten des Blutkreislaufes beobachtet habe: bei einem Falle, der sich gegenwärtig in der Tübinger Klinik befinde, haben sich Herabsetzung der Pulsfrequenz bis auf 48 Schläge in der Minute, Unregelmäßigkeit des Pulses und Cyanose der Hände gefunden; im Moment des Einschlafens steige dann die Pulsfrequenz. In diesem Falle liege es nahe, an einen inneren Zusammenhang der psychischen und körperlichen Störungen zu denken.

Digitized by Google

Gudden antwortet, daß er Kreislaufuntersuchungen an den von ihm beobachteten Fällen nicht habe anstellen können. Der von *Specht* angeführte Fall scheine ihm für weitergehende Schlußfolgerungen nicht geeignet zu sein, da die beobachtete Cyanose der Haut auf individuelle vasomotorische Störungen hinweise.

Weygandt-Würzburg meint, es handle sich bei der Dissoziation der verschiedenen psychischen Funktionen bei der Schlaftrunkenheit um einen allgemeinen Vorgang, der auch beim normalen Einschlafen und Erwachen eine große Rolle spiele, wie er 1893 in einer Dissertation („Entstehung der Träume", Leipzig) hervorgehoben habe. Vor allem der Experimentalpsychologie ergebe sich hier ein dankbares Feld.

Gudden stimmt *Weygandt* durchaus zu, daß vor dem Einschlafen sich gleichartige Dissoziationen der Vorstellungen geltend machen wie bei der Schlaftrunkenheit, daß ferner das Studium über die Lockerung des Bewußtseins während des Einschlafens wie vor dem Erwachen ein ungemein wertvolles Material darbiete, das zwar jedem aus Selbstbeobachtung bekannt sei, aber noch zu wenig gesammelt und verarbeitet worden sei. Es wäre dies eine äußerst dankbare Aufgabe der psychologischen Forschung.

13. *Vocke*-München: Über Liquidationen von Sachverständigengebühren bei psychiatrischen Begutachtungen.

Der Vortrag, welcher in extenso in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift" erschienen ist, wendet sich gegen die Praxis der bayerischen Gerichte, welche, wenn die Kosten der Staatskasse zur Last fallen, für das Gutachten nur den Betrag von zehn Mark nach der Mindesttaxe der bayerischen Gebührenordnung vom 17. November 1902 bewilligen. Vortr. beantragt, folgenden Beschluß zu fassen:

I. Der Verein Bayerischer Psychiater erachtet den gemäß Ziffer 8 der Gebührenordnung vom 17. November 1902 in der Praxis meist zur Anwendung kommenden Mindestsatz von zehn Mark für ein wissenschaftlich begründetes psychiatrisches Gutachten bei dem Umfange und der Schwierigkeit derartiger Gutachten in den meisten Fällen nicht als eine angemessene Vergütung der Mühewaltung des Sachverständigen im Sinne der Gebührenordnung.

II. Der Verein beauftragt deshalb den Vorstand, zunächst im Hinblick auf § 12 II der Verordnung beim k. Justizministerium die generelle Bewilligung eines höheren Betrages in solchen Fällen nachzusuchen, eventuell eine Ergänzung der Gebührenordnung hinsichtlich zeitraubender Gutachten bei den Ärztekammern zu beantragen.

Auf Vorschlag *Kraepelins* wird der Antrag debattelos und einstimmig angenommen.

14. *Neisser*-Bunzlau: Kurze Mitteilung über epileptische Psychose.

N. demonstriert Kurven, wie er sie in der Lublinitzer Anstalt bei allen epileptischen und einigen sonst geeigneten Kranken zum Studium des klini-

Digitized by Google

schen Verlaufs im Gebrauch hatte, und berichtet über die wesentlichsten Ergebnisse einer ca. zweijährigen Beobachtung einer größeren Zahl von Epilepsiefällen. (Autoreferat.)

Der Vortrag ist im Zentralblatt für Psychiatrie und Nervenheilkunde 1905 veröffentlicht worden.

15. *Nitsche*-München demonstriert eine 47jährige Frau, bei der sich im Klimakterium nach mehrmonatiger Depression und Schlaflosigkeit ziemlich plötzlich eine Angstpsychose entwickelt hatte mit heftigster Angst, Selbstmordversuchen, Versündigungsideen, Furcht schwanger zu sein, wobei die Besonnenheit erhalten war.

Nach 10 Tagen trat im Anschluß an einen tetanie-artigen Anfall Verworrenheit mit Angst und sinnloser Erregung auf, welcher Zustand dann dem jetzt noch bestehenden wich. Die Kranke ist tief verworren, ratlos, hat weiten Affekt, der nicht eigentlich ängstlich gefärbt ist; Gesichtsausdruck verständnislos. Sie spricht fast fortwährend unzusammenhängend, ohne Beziehung zur Situation; der Inhalt ihrer Rede besteht aus Bruchstücken von gleichgültigen früheren Erlebnissen, die aneinander gereiht werden, ohne daß eine Gesetzmäßigkeit dabei zutage träte; die in der Rede häufig eintretenden Pausen werden durch Flickwerk, wie „Ja, ja", „also" ausgefüllt. In der Umgebung gehörte Worte werden bisweilen ohne Beziehung eingeflochten. Dabei zielloser, wenig energischer Bewegungsdrang. Patientin ist sehr schwer zu fixieren, nicht ablenkbar, nicht negativistisch, nicht erregbar. Keine aphasischen oder asymbolischen Erscheinungen. Keine nervösen Störungen, keine Arteriosklerose. Puls sehr frequent und klein. Lumbalpunktion negativ. Trotz sorgfältigster Ernährung ist das Körpergewicht rapid gesunken. — Die Krankheit läßt sich den der *Kraepelin*schen Schule bekannten Formen nicht einreihen. Es handelt sich um ein noch nicht bekanntes Krankheitsbild. Nach früher gemachten Erfahrungen ist Ausgang in psychische Schwäche wahrscheinlich, wenn es gelingt, die Kranke am Leben zu erhalten.

(Eigenbericht.)

16. *Busch*-München und *Plaut*-München: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung verlängerter warmer Bäder.

Die außerordentlich beruhigende Wirkung fortgesetzter Bäder von 34 bis 35 Grad Celsius ist in weitem Umfange anerkannt und häufig in der Literatur konstatiert, die einzelnen Faktoren dieses Einflusses dagegen sind noch sehr wenig erforscht, besonders soweit sie auf psychischem Gebiet liegen.

Dr. *Plaut* und *Busch* begannen gemeinschaftlich diesbezügliche experimentelle Untersuchungen, vorerst nur in der Absicht, die Wege kennen zu lernen, auf denen sich die Gewinnung endgültiger Resultate erstreben läßt.

Sie untersuchten die Veränderungen, welche unter der Einwirkung zweistündiger Bäder von 35 Grad an Normalen sich einstellen und zwar bezüglich des Blutdrucks, der Pulszahl, der Temperatur und der groben Kraft, gemessen am Ergographen. Dem gleichen Ziele auf dem Gebiet psychischer Vorgänge

Digitized by Google

dienten Wahlreaktionen, Assoziationen, fortlaufendes Addieren einstelliger Zahlen und die Auffassung von Gesichtsreizen. Drei Versuchspersonen badeten im ganzen in sechs Versuchsreihen jeden zweiten Tag zwei Stunden. Vor und nach dem Bade wurden die Versuche angestellt, der Blutdruck wurde einmal vor dem Bade, dann nach einviertelstündiger Einwirkung desselben und gegen Schluß im Bade gemessen. Auf den Badetag folgte ein Normaltag, an welchem eine zweistündige Ruhezeit das Bad vertrat, sonst wurde in ganz gleicher Weise gearbeitet. Eine Änderung der Resultate nach dem Bade gegenüber dem Ergebnis vor demselben, verglichen mit der Differenz vor und nach der Ruhezeit, konnte also mit größter Wahrscheinlichkeit auf einen Einfluß des Bades bezogen werden.

Während Puls und Temperatur außer einer unbedeutenden Neigung zum Ansteigen keine Badewirkung erkennen ließen, sank der Blutdruck (gemessen mit dem *Gärtner*schen Tonometer) beträchtlich. Nach zwei Stunden war er bei den drei Versuchspersonen um 27, 16 und 5 mm geringer als vor dem Bade, einen noch tieferen Stand aber nahm er nach einviertelstündigem Bade ein und zwar um 2 bezw. 7 mm. Am Ergographen stiegen die Leistungen einer Versuchsperson sowohl nach der Ruhe als nach dem Bade etwas an, bei der zweiten sanken sie im letzteren Falle, doch war auch hier der Ausfall an den verschiedenen Tagen wechselnd, bald wurde nach dem Bade mehr, bald weniger geleistet, und die Abnahme der Zahl, nicht der Höhe der Einzelleistungen auch an den Tagen, die eine ungünstige Wirkung des Bades andeuteten, sprach gegen das Bestehen einer Ermüdung des Muskels. — Hier sei noch bemerkt, daß das Gewicht der Versuchspersonen keine Abnahme erfuhr, es blieb im Verlauf der Versuchsreihe unverändert oder zeigte eine Zunahme von ½, 1 und 3 Pfund. —

Gering waren die Veränderungen der Assoziationen und nicht zu einem Schlusse zu verwerten, nicht ungünstig, d. h. nicht im Sinne einer Ermüdung beeinflußt, zeigten sich die Wahlreaktionen. Die Gesamtarbeit des Addierens nahm durch das Bad, verglichen mit der Wirkung der Ruhe, etwas zu, die Pausenwirkung dagegen beträchtlich ab.

Da die in der Pausenwirkung ausgedrückte Erholungsfähigkeit der Ermüdbarkeit parallel zu gehen pflegt, darf also eine Herabsetzung der letzteren durch das Bad gefolgert werden. Als Gesichtsreize für die Auffassungsversuche dienten Täfelchen mit 9 Buchstaben, die durch einen vorbeipendelnden Spalt kurze Zeit sichtbar wurden. Es fand sich auch hier ähnliches wie bei Additionsversuchen.

Die Auffassung war nicht vermindert, sondern nach dem Bade meist etwas gebessert. Objektive Zeichen der Ermüdung ließen sich also auf keinem der untersuchten Gebiete nachweisen.

Bei alledem war das Gefühl der Müdigkeit nach dem Bade durchweg ein beträchtliches und hielt mehrere Stunden an.

Die Arbeit will nur ein Vorversuch sein, und die Verf. beabsichtigen

Digitized by Google

hier in ausgedehnterer Weise weiter zu arbeiten, ehe sie ihre Resultate als endgültige betrachten.

Soweit die vorläufigen Resultate einen Schluß gestatten, ist es der, daß anscheinend das Bad nur Müdigkeit, nicht Ermüdung hervorruft. Während unsere anderen schlaf- und beruhigung-bringenden Mittel, soweit sie untersucht sind, deutliche objektive Ermüdungserscheinungen konstatieren ließen, Trional und Chloralhydrat z. B. die geistige Leistungsfähigkeit auf allen in dieser Arbeit untersuchten Gebieten herabsetzten, demnach eine schädigende Wirksamkeit entfalten, beschränkt sich nach den vorliegenden Versuchen der Einfluß des warmen Bades auf die Gemeinempfindungen und Gefühle. Bestätigen sich diese Ergebnisse, so besitzen wir demnach in ihm ein Mittel, das unsere Patienten zu beruhigen vermag ohne irgend eine ungünstige Nebenwirkung. (Eigenbericht.)

Die Vorträge: *Stransky:* Zur Lehre von der Sprachverwirrtheit *Ast:* Einige Fälle von induziertem Irresein; *Rehm:* Erfahrungen über Lumbalpunktion, wurden wegen Zeitmangels zurückgezogen.

Um ½1 Uhr schloß *Vocke* die Versammlung und dankte noch einmal den Kongreßteilnehmern, besonders den Vortragenden, sowie Prof. *Kraepelin* für die freundliche Aufnahme der Versammlung. —

Nachmittags fand ein gemeinsamer Ausflug nach Feldafing statt.

Am folgenden Tage besichtigten 32 Teilnehmer die neue oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München.

Gaupp. *Probst.*

---

75. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 17. Juni 1905 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Becker, Beelitz, Brandis, Brockhaus, Deiters, von Ehrenwall, Eickhoff, Ennen, Fabricius, Foerster, Fuchs, Gerhartz, Gierlich, von der Helm, Höstermann, Hummelsheim, van Husen, Kölpin, Landerer, Lenneper, Liebmann, Lorgard, Lückerath, Mohr, Neu, Oebeke, Pelman, Peretti, Plempel, Rademacher, Rixen, Rosenthal, Rusak, A. Schmitz, E. Schultze, Siebert, Thomsen, Umpfenbach, Ungar, Voßschulte, Westphal, Wilhelmy.*

Als Gäste sind anwesend: *Aschaffenburg*-Cöln, *Bährens*-Bonn, Marinestabsarzt *Schmidt*-Cöln, *Thywissen*-Grafenberg, Stabsarzt *Wagner*-Cöln, *Weber*-Bonn, *Wehrung*-Bonn.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit Begrüßung der zahlreich erschienenen Mitglieder und teilt dann zunächst mit, daß infolge von Schließung

Digitized by Google

und Verkauf des Hotel Kley, wo der Psychiatrische Verein bisher seit seiner Gründung (1863) getagt hat, — es nötig war, die diesmalige Sitzung in den freundlichst zur Verfügung gestellten Sälen der Bonner Lese- und Erholungsgesellschaft abzuhalten, — und bittet die Mitglieder, die Wahl des späteren Versammlungsortes dem Vorstand zu überlassen.

Seit der letzten Sitzung hat der Verein durch den Tod verloren: Prof. *Köster*-Bonn, Dr. *Focke*-Coblenz, Sanitätsrat *Wahl*-Bonn, Oberarzt *Brie*-Grafenberg, Sanitätsrat *Halbey*-Bendorf. Der Vorsitzende erwähnt noch das vor einigen Tagen durch Unglücksfall erfolgte Ableben des Prof. *Wernicke*-Halle. Die Versammlung ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Hoffmann und *Bodet* sind durch anderweitige Geschäfte verhindert, heute hier zu erscheinen, resp. den angesagten Vortrag zu halten; dafür einzutreten hat Professor *Aschaffenburg*-Cöln sich bereit erklärt.

Durch Akklamation werden in den Verein aufgenommen: Professor *Aschaffenburg*-Cöln und Dr. *Thywissen*-Grafenberg.

Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. *Kurella*-Ahrweiler, Dr. *Müller*-Bonn, Marinestabsarzt Dr. *Schmidt*-Cöln, Dr. *Schoenen*-Neuß, Dr. *Solbach*-Siegburg, Stabsarzt Dr. *Wagner*-Cöln.

Der Verein zählt jetzt 139 Mitglieder.

Es folgen die Vorträge:

Westphal-Bonn: a) Über die Differentialdiagnose der Dementia paralytica und der Lues cerebri.

An der Hand zweier Beobachtungen weist *W.* auf ein anscheinend seltenes Krankheitsbild hin, dessen Unterscheidung von der progressiven Paralyse von Bedeutung ist.

Der vorgestellte 35jährige Patient infizierte sich im 20. Lebensjahre syphilitisch. Keine ärztliche Behandlung. Nach drei Jahren Beginn der Psychose, die jetzt nach zwölfjähriger Krankheitsdauer unverändert fortbesteht.

Die Psychose ist charakterisiert durch andauernd euphorische, mitunter leicht gereizte Stimmung mit zahllosen blühenden unzusammenhängenden Größenvorstellungen (größter Diplomat und Gelehrter, nächste Beziehungen zum Kaiser und Papst, sein Geist wie Cäsars Geist allumfassend usw.). Dabei großer Schreib- und Rededrang. Orientierungsfähigkeit gut, Merkfähigkeit in ausgezeichneter Weise erhalten, lebhaftes aufmerksames, interessiertes Wesen. Sinnestäuschungen, Verfolgungs- oder hypochondrische Ideen sind nie beobachtet worden. Von körperlichen Symptomen haben sich allmählich entwickelt: reflektorische Pupillenstarre, eine hochgradige tabische Arthropathie des rechten Kniegelenks, Mal perforant der Fußsohle. Sehnenreflexe noch gut erhalten mit Ausnahme einer deutlichen Herabsetzung des rechten Achillessehnenreflexes. Leichte Sensibilitätsstörungen (circumscripte Analgesien). Andeutung von Ataxie. Romberg. Spinalpunktion ergibt reichliche Lymphozytose. Trübung der Flüssigkeit beim Kochen. Keine paralytische Sprachstörung.

Digitized by Google

Die Diagnose stößt auf erhebliche Schwierigkeiten.

Gegen Paralyse spricht die fehlende Verblödung trotz sehr langer Krankheitsdauer, die vortreffliche Merkfähigkeit, das Fehlen der Sprachstörung, das lebhafte, aufmerksame Wesen. Die Entwicklung der Psychose relativ kurze Zeit nach der Infektion, in jugendlichem Alter, die Eigenart der Psychose lassen eine zufällige Komplikation von Tabes und Psychose, wie sie mehrfach beschrieben worden sind, als sehr unwahrscheinlich erscheinen. Gegen eine hebephrenische Psychose oder Dementia paranoides spricht das attente Wesen, die Lebhaftigkeit und rege Anteilnahme des Patienten, sowie das Fehlen einer ausgesprochenen Demenz, trotz sehr protahierten Krankheitsverlaufes. Am meisten Berührungspunkte bietet das Krankheitsbild mit einer im ganzen seltenen Erkrankungsform, der chronischen Manie. Es fehlen aber eigentliche Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Es handelt sich demnach um eine eigenartige Psychose, welche wahrscheinlich auf dieselbe Ursache wie die komplizierende Tabes, auf die vorausgegangene syphilitische Infektion, zurückzuführen ist.

Im Anschluß an diesen Fall berichtet *W.* über einen zweiten ganz ähnlichen Fall[1]), der aus äußeren Gründen nicht demonstriert werden konnte. Syphilitische Infektion vorausgegangen. Typische Sattelnase. An Stelle der Tabes finden sich bei diesem Pat. auf Erkrankungen der Seitenstränge hinweisende Symptome, lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe, Fußklonus, leichte Spasmen. Ferner sind nachweisbar leichte Sensibilitätsstörungen in den Beinen, Blasenschwäche. Außerdem besteht reflektorische Pupillenstarre und sehr herabgesetzte Reaktion auf Akkomodation. *W.* hebt die Berührungspunkte mit dem von *Erb* als syphilitische Spinalparalyse bezeichneten Symptomenkomplex hervor. Die schon ca. 10 Jahre bestehende Psychose hat stets denselben Charakter gezeigt, den sie auch jetzt noch darbietet. Euphorische gehobene Stimmung mit maßloser Selbstüberschätzung und mannigfachen wechselnden Größenvorstellungen (hervorragendster Techniker, vorzüglicher Offizier, große Erbschaften, löst die soziale Frage, wird durch sein Genie alle Mitbürger in den Schatten stellen, übertrifft alle Ärzte an Wissen und Scharfblick usw.). Dabei äußerlich geordnetes, gewandtes Benehmen, fließende Sprache, sehr gutes Gedächtnis und Merkfähigkeit, ist stets über Vorkommnisse in seiner Umgebung orientiert, zeigt viel Interesse und Anteilnahme. Rede- und Schreibdrang. Völliges Fehlen von Krankheitseinsicht. Nie depressive Phasen, keine Verfolgungsideen oder hypochondrische Vorstellungen, keine Sinnestäuschungen. Die Veränderung der gesamten Persönlichkeit ist bei diesem wie bei dem ersten Patienten zweifellos eine bei weitem nicht so weit gehende, wie sie bei der Paralyse nach längerer Krankheitsdauer wohl immer eintritt.

Die nahen Beziehungen dieser beiden Beobachtungen sind nicht zu verkennen. Sie zeigen in übereinstimmender Weise, daß sich auf

[1]) Beide Fälle sind in einem klinischen Vortrag (Medizinische Klinik 1905 Nr. 27 pg. 671) ausführlicher wiedergegeben.

Digitized by Google

syphilitischer Basis ungemein langsam verlaufende Psychosen entwickeln können, die im wesentlichen das Bild manischer resp. hypomanischer Erregung darbieten und ausgezeichnet sind durch das Bestehen einer gehobenen Stimmung mit massenhaften unzusammenhängenden Größen- und Überschätzungsideen. Eine schwerere Demenz scheint selbst nach sehr langer Krankheitsdauer nicht einzutreten, wenn auch ein gewisser Grad von geistiger Schwäche nicht zu verkennen ist. Die körperlichen Symptome weisen auf eine Erkrankung der Hinterstränge, oder vorwiegende Beteiligung der Seitenstränge hin. Von entscheidender Bedeutung wird die anatomische Untersuchung derartiger Fälle sein. Besondere Aufmerksamkeit wird nach den neuesten Untersuchungen *Alzheimers* und *Nissls* gewissen Veränderungen an den kleinen und kleinsten Rindengefäßen, dem Vorkommen oder Fehlen von Plasmazellen, geschenkt werden müssen.[1])

b)[2]) Fall von hysterischer Pseudotetanie mit vasomotorisch trophischen Störungen einhergehend.

Bei der vorgestellten Patientin treten bei Druck an irgend einer Körperstelle oder auch spontan bei Beschäftigung mit der Kranken sehr ausgesprochene schmerzhafte tonische Krämpfe der Muskeln der oberen und unteren Extremitäten, der Kaumuskeln und des Orbicularis oculi ein. (Demonstration.) Das Bild der Krämpfe entspricht dem der Tetanie. Es fehlt aber die mechanische Übererregbarkeit der Nerven und vor allem die elektrische Übererregbarkeit (*Erb*sches Symptom). W. begründet die Annahme einer hysterischen Pseudotetanie unter Anführung ähnlicher Beobachtungen von ihm, von *H. Curschmann* jun. u. a.

Kompliziert sind diese tonischen Kontrakturen mitunter durch Anfälle von lokaler Synkope und Asphyxie an Händen und Füßen, welche W. aber auch unabhängig von den Anfällen von Pseudotetanie bei der Kranken beobachtete. Aus den weiß verfärbten Händen entleert sich bei diesen Zuständen beim Einstechen kein Blut. An den Füßen ist es zu leichten trophischen Störungen mit Veränderungen der Nägel und der Haut gekommen. Bemerkenswerter Weise wurden bei diesen Anfällen die in der Zwischenzeit gewöhnlich gut nachweisbaren Fußpulse nicht mehr fühlbar, um bei Verschwinden der Kälte und Cyanose, beim Nachlassen der subjektiven Beschwerden (Spannen, Kriebeln), wieder aufzutreten. W. weist auf die Bedeutung derartiger Beobachtungen für die Auffassung gewisser Fälle von intermittierendem Hinken hin, für welche *Oppenheim* und *Erb* geneigt sind,

[1]) Anm. während der Korrektur: Die jüngsten interessanten Befunde *Brodmanns* und *Bielschowskys* fordern ferner zu einer eingehenden Untersuchung der Fibrillen auf.

[2]) Diese Beobachtung wird ausführlich veröffentlicht werden.

Digitized by Google

eine rein nervöse (vasomotorische) Grundlage des Leidens anzunehmen. Zeichen von Arteriosklerose fehlen in unserer Beobachtung völlig. Schließlich ist zu bemerken, daß die an Neurosen reiche schwachsinnige Patientin seit ihrer Kindheit an typischen epileptischen Anfällen mit nachfolgenden eigenartigen Sprachstörungen aphatischer Natur leidet.

c) Über die Diagnose der *Huntingtons*chen Chorea in ihren Frühstadien.

Patientin leidet seit ca. 1893 an gewissen psychischen Störungen (Reizbarkeit, flüchtigen, wechselnden Wahnvorstellungen usw.). Seit 1898 in hiesiger Anstalt mit Unterbrechungen in Behandlung. Körperlich seit dieser Zeit: starrer Gesichtsausdruck, schwerfällige Sprache, steifer unsicherer Gang (öfteres Hinfallen), lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe (zeitweilig Fußklonus). Bei intendierten Bewegungen tritt in den auffallend steif dem Ziel genäherten Armen und Händen ein Tremor auf, der sehr an den Intentionstremor der multiplen Sklerose erinnert.

Januar 1905 wurden zuerst zweifellos choreatische Bewegungen in den Händen konstatiert, die zurzeit allgemein verbreitet und stärker geworden sind.

Weitere Nachforschungen ergeben jetzt, daß Patient aus einer Choreafamilie[1]) stammt, in der in drei aufeinander folgenden Generationen nicht weniger als 8 Fälle (inklusive unsere Patientin) von Chorea vorgekommen sind.

Bemerkenswert ist bei unserer Patientin der Umstand, daß psychische akutere Störungen, die dem Auftreten choreatischer Bewegungen eine lange Reihe von Jahren vorausgegangen waren, jetzt beim Deutlicherwerden derselben entschieden nachgelassen haben. Auf ein ähnliches Verhalten von psychischen Störungen bei chronischer progressiver Chorea hat *W.* bereits in früheren Mitteilungen hingewiesen. Patient bietet zurzeit mit Ausnahme einer leichten Gedächtnisschwäche keine auffallenden psychischen Störungen dar. Schließlich erörtert *W.* die der multiplen Sklerose ähnlichen Symptome, welche Patientin lange Zeit dargeboten hat. Dieselben sind wohl zum Teil auf das Auftreten und Wiedernachlassen willkürlicher Muskelspannungen zurückzuführen, durch welche Patientin nach ihrer Angabe die sich schon subjektiv bemerkbar machende Inkoordination der Bewegungen zu bekämpfen suchte.

Auf diese Weise ist vielleicht die eigentümliche Erscheinung zu erklären, daß sich in frühen Krankheitsstadien bei der Patientin eine bei intendierten Bewegungen auftretende Bewegungsstörung nicht choreatischer Natur, sondern ganz ähnlich dem Intentionstremor der multiplen Sklerose bemerkbar machte, während ja in den späteren Krankheitsstadien die be-

[1]) Wir verdanken diesbezügliche Mitteilungen der Güte der Herren Sanitätsrat *Kleinschmidt* und Dr. *Weyrauch* in Elberfeld. *Weyrauch* hat die Familiengeschichte veröffentlicht. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1905, Nr. 6.)

Digitized by Google

ungsstörung der *Huntingtons*chen Chorea bei intendierten Bewegungen
ıde zurückzutreten oder zu verschwinden pflegt. (Autoreferat.)

R. Foerster-Bonn: Demonstration eines solitären Pons-Tu-
kels, der anfänglich unter dem Bilde einer funktionellen
:chose verlief.

Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, dessen Vater zum Jähzorn
:te. Sie lernte in der Schule sehr schlecht und wurde vom Lehrer viel
raft, bis dieser ihr geistiges Unvermögen erkannte. Krämpfe sollen nie
anden haben, nur einige kurze Ohnmachten (?) nach der Entlassung aus
Schule. Chlorose. Zu Anfang Februar 1904 stellten sich Hinterhaupt-
Nackenschmerzen nebst Schlaflosigkeit ein; das Mädchen ging nachts
das Fenster und schrie laut um Hilfe. Im Verlaufe der nächsten Monate
nen die Schmerzen ab, die Schlaflosigkeit und Unruhe steigerten sich
:egen, so daß am 20. Juni 1904 die Aufnahme in die Bonner Anstalt er-
en mußte.

Der Kopf wurde im Nacken meist eigentümlich steif gehalten, die
ellarsehnenreflexe waren schwach vorhanden, der Gang war unbeholfen
watschelnd; Lähmungserscheinungen ließen sich nicht nachweisen. Pat.
hte einen recht schwachsinnigen Eindruck, sie war läppisch, heiter und
ieden, lachte viel. Die Schulkenntnisse erwiesen sich als sehr gering.
r Datum und Personalien war die Kranke orientiert. Ab und zu klagte
über Angst vor Männern, die sie verfolgten. Mehrfach bestand Unrein-
kei: mit Urin. In der folgenden Zeit war Pat. meist leicht stuporös,
n wieder mehr ängstlich. Sie begann sich dann etwas im Gemüsezimmer
beschäftigen, war aber stets wie im Traum, ohne jede Initiative, zeitweilig
h unreinlich. Am 5. September wurde sie in Familienpflege zurück-
ommen: die Diagnose lautete auf Dementia praecox bei Imbe-
lität.

Zu Hause traten nach einigen Wochen Schluckbeschwerden und Schwäche
len Beinen auf, schließlich erfolgte einmaliges starkes Erbrechen mit Tem-
ıtursteigerung.

Bei der zweiten Aufnahme am 24. Oktober bot die Kranke ein ganz
eres Bild. Sie war leicht benommen, bei der Untersuchung sehr ängst-
. sah einen Mann mit einem Messer auf sich zukommen; über den Ort und
persönlichen Verhältnisse erwies sie sich als orientiert, zeitlich jedoch
ıt. Körperlicher Befund: Kopf nach hinten und links steif gebeugt, passiv
seitlich beweglich. Halswirbelsäule druckempfindlich. Kein Strabismus.
Bulbi sind seitlich nur wenig, nach unten ausgiebiger, nach oben gar
ıt beweglich. Pupillen leicht different, ziemlich prompt, wenn auch wenig
giebig reagierend. Ausgesprochene Stauungspapille, rechts mehr wie
s. Facialis links etwas schlaffer, Schlucken erschwert, Sprache nasal.
orische Kraft der Gliedmaßen beiderseits herabgesetzt. Kniehacken-
such prompt, Fingernasenversuch etwas unsicher. Patellarreflexe leicht

Digitized by Google

gesteigert. Babinski beiderseits vorhanden. Gang leicht schwankend und breitspurig. Nadelstiche wurden überall empfunden. Urin o. B.

Im weiteren Verlauf nahm die Benommenheit der sehr bleichen Kranken zu. Die Pupillen wurden starr, der linke Bulbus erschien später leicht vorgetrieben, der rechte wich stets ein wenig nach außen ab. Die Hörfähigkeit und das Geruchsvermögen waren anscheinend herabgesetzt, jedoch infolge der Benommenheit nicht genauer zu prüfen. Der Gang wurde taumelnd und spastisch. Stuhl sehr angehalten. Schlechter Schlaf. Unregelmäßige Temperatursteigerungen bis zu 38.8 Grad. Puls 80—118. Die meisten Symptome waren in wechselnder Stärke vorhanden, nur das Sehvermögen ließ stetig nach bis zu anscheinend völliger Amaurose. — Pat. war vorübergehend euphorisch, meist aber abweisend und mürrisch, dann wieder wünschte sie sich den Tod. Nachts glaubte sie häufig Männer zu sehen, die sie holen wollten.

Am 8. November wurden unter größter Vorsicht etwa 5 ccm Lumbalflüssigkeit abgelassen, worin sich weder mikroskopisch noch kulturell Bakterien nachweisen ließen. Nach der Punktion war die Pupillenreaktion wieder, wenn auch sehr schwach, vorhanden, die Bewegungen der Bulbi wurden freier, auch das Schlucken war weniger behindert; die Stauungspapille war beiderseits erheblich zurückgegangen. Seit Mitte November wurde die Kranke jedoch zunehmend hinfälliger. Sie konnte sich gar nicht mehr auf den Beinen halten, es trat vereinzeltes Erbrechen auf, und schließlich ging sie unter den Erscheinungen der Lungentuberkulose am 19. Dezember zugrunde.

Die Diagnose schwankte zwischen Tumor der mittleren Schädelgrube und Hydrocephalus acutus internus, neigte sich aber, im Hinblick auf das Fehlen deutlicher Herderscheinungen und den Wechsel der einzelnen Symptome, worauf *Quincke* besonders aufmerksam gemacht hat, mehr der letzteren Annahme zu.

Der Sektionsbefund war folgender: Dura stark gespannt, Gehirnoberfläche trocken, Gyri deutlich abgeflacht. Bei der Herausnahme des Gehirns entleerten sich ca. 150 ccm einer klaren, gelblichen Flüssigkeit. Hirngewicht 1370 g. Der Pons erschien vergrößert und war von eigentümlich blasser Farbe; auf dem Durchschnitt zeigte sich, daß er mit Ausnahme einer schmalen Randzone ganz von einem großen, knolligen Tuberkel ausgefüllt war (vgl. die sehr ähnliche Abbildung in *Oppenheims* Lehrbuch IV. Aufl., pag. 905). Im Oberlappen der Lungen verstreute peribronchiale Tuberkel. Ferner metastatische Tuberkel auf der Pleura, der Unterseite des Zwerchfells und in der rechten Niere.

Der Fall erscheint dadurch bemerkenswert, daß er ursprünglich beim Fehlen jeglicher ausgesprochenen Lähmungserscheinungen als eine funktionelle Psychose imponierte (die steife Haltung des Kopfes war anfangs als Stereotypie aufgefaßt worden), bis sich das Bild innerhalb weniger Wochen erheblich änderte und die organischen Störungen

Digitized by Google

lich zutage traten. Tumor und Psychose können natürlich zufällig auch bhängig voneinander bestehen, im vorliegenden Falle wird man jedoch Hinblick auf die Anamnese an einem kausalen Zusammenhange kaum ifeln können. Es ist auch nicht zu verwundern, daß das minderwertige irn des imbezillen Mädchens auf den durch die Geschwulst gesetzten und die starke intracranielle Drucksteigerung mit allgemein psychoti- n Erscheinungen reagierte. Der Pons steht mit den normalen psychi- n Funktionen in keiner Beziehung; dementsprechend bietet die oben hilderte geistige Störung auch nichts Charakteristisches und wird bei oren mit anderweitiger Lokalisation in gleicher Weise beobachtet. Bei in der Literatur mitgeteilten Fällen von Ponstumor mit psychischen ungen handelt es sich meist um Abnahme der Intelligenz und Depres- szustände (vgl. *Schuster*, Psychische Störungen bei Hirntumoren).

Es ist auffallend, daß trotz der anscheinend fast völligen störnng der Brücke die nervösen Ausfallserscheinungen ver- nismäßig nur geringe waren. Das Genauere wird erst die mikro- ische Untersuchung ergeben, welche jedoch bisher unterlassen wurde, das Präparat in toto demonstrieren zu können. (Autoreferat.)

Kölpin-Bonn: Demonstration mikroskopischer Präparate.

a) Erweichungsherde in der Medulla oblongata mit retrograder Degene- n in Pyramidenbahn und Schleife. (Erscheint in extenso im Archiv für hiatrie.)

b) Vorderhornzellen aus dem Sakralmark, nach der *Bielschowsky*schen illenmethode.

Ungar-Bonn: Die Verwertung der in direkter Rede proto- lierten Aussagen für das gerichtsärztliche Gutachten.

Dem Herkommen gemäß werden die Aussagen bei der richterlichen und eilichen Vernehmung in direkter Rede zu Protokoll genommen. In der wiegend großen Mehrzahl der Fälle werden jedoch die Aussagen keines- s wörtlich niedergeschrieben, meist wird nur ein Auszug des Gesagten möglichst gedrängter Form gegeben, dabei aber nichtsdestoweniger die kte Rede beibehalten. Vielfach bedient man sich dabei auch gewisser ewendungen, wie z. B. „ich gestehe die mir zur Last gelegte Tat in m Umfange ein", oder „ich mache die mir vorgelesene Aussage des gen N. zu der meinigen und schließe mich ihr in allen Punkten an". Protokolle lassen auch nur ausnahmsweise erkennen, was die Antwort eine vorgelegte Frage ist, und was aus eigenem Antrieb gesagt wurde, erst nach längerem Zureden und was spontan geäußert wurde. Der dergabe unter Anführung von Fragen und Antworten begegnet man meist in Protokollen der Entmündigungstermine. Durch jene Art und Weise Protokollierung wird die Verwertung der Aussagen für die gerichtsärzt- en Gutachten, namentlich für die den Geisteszustand betreffenden Gut-

Digitized by Google

achten, sehr beeinträchtigt, der Sachverständige kann durch sie völlig irregeführt werden. Von besonderer Bedeutung ist dies für jene Fälle, in denen nicht die eigene Untersuchung des Sachverständigen Aufklärung zu geben vermag, so namentlich in den Fällen, in denen es sich um eine Beurteilung des Geisteszustandes zu einer gewissen Zeit handelt, und eine später vorgenommene Prüfung des geistigen Verhaltens weniger in Betracht kommen kann; so z. B. in Fällen, in denen ein pathologischer Rauschzustand, ein epileptischer Dämmerzustand oder ähnliche Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung in Frage kommen.

Ungar spricht sich dahin aus, daß es richtiger wäre, wenn die Protokolle im allgemeinen nur den Inhalt des Gesagten in indirekter Rede wiedergäben und nur für die wichtigeren Punkte die Wiedergabe in direkter Rede beibehalten würde; bei Benutzung der direkten Rede müßte das Gesagte aber auch möglichst im Wortlaut niedergeschrieben werden. Sodann müßte das Protokoll möglichst erkennen lassen, inwieweit das Gesagte eine Antwort auf eine vorgelegte Frage bilde. (Autoreferat.)

Diskussion: *Pelman* kann es nur freudig begrüßen, daß *Ungar* den Finger an eine sehr wunde Stelle gelegt hat. Wer gezwungen ist, viel nach Akten zu urteilen, empfindet die Unsicherheit der Protokolle sehr. Es gibt nur wenige Menschen, die etwas objektiv wiederzugeben verstehen. Sache des Vereins ist es sicherlich, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Am einfachsten wäre, wenn *Ungar* seine Wünsche in Form einer Resolution zusammenfaßte und der Verein dann diese Resolution zu der seinigen machte.

Aschaffenburg führt als charakteristisches Beispiel für die direkte Rede an, daß er bei einer hochgradig schwachsinnigen Jugendlichen die Worte fand: „ich gebe zu, die inkriminierte Handlung begangen zu haben." Nach der Strafprozeßordnung soll der Inhalt der Vorakten eigentlich bei der Hauptverhandlung gar keine Bedeutung haben. Die Gefahr also, daß die direkte Rede zu vollständig falschen Schlüssen Veranlassung gibt, ist theoretisch nicht sehr groß, praktisch aber umso größer; denn tatsächlich ist der Vorgang bei Gericht meist so, daß der Vorsitzende zwar die früheren Protokolle nicht verliest — das darf er gar nicht — aber sie inhaltlich dem Angeklagten vorhält, die direkte Rede also wieder in die indirekte verwandelt ganz gewiß nicht zum besten der Zuverlässigkeit des Ausgesagten. Die von dem Vortr. geäußerten Bedenken müssen wir also in jeder Beziehung teilen. Es wird wohl jedem Sachverständigen öfter vorgekommen sein, daß die Richtigkeit seiner Beobachtungen und die Zulässigkeit seiner Schlüsse durch den Hinweis auf frühere angebliche Bekundungen des Beschuldigten bestandet wurden. Und ganz im Dunklen tappen wir, wenn es sich um die Begutachtung Verstorbener oder um Gutachten über Zustände, die lange zurückliegen, handelt.

Ich kann den Wunsch des Vortr. nur unterstützen, daß hier eine gründliche Reform platzgreift. Im Herbst wird die Versammlung der Deut-

Digitized by Google

n Medizinalbeamten über die Wünsche der Medizinalbeamten zur Straf-
sreform Beschlüsse fassen, die um so angebrachter sind, da wir uns
ttelbar vor der Reform des Strafprozesses befinden. Ich glaube, es
deshalb sehr wünschenswert, wenn der Verein versuchen würde, seine
che zu präzisieren und, wenn möglich, mit denen der Medizinalbeamten
reinigen.

Peretti hält es für nötig, daß die Richter in den Akten niederlegen,
en Eindruck der Angeklagte in psychischer Beziehung auf sie gemacht
Alle Fragen und Antworten wörtlich niederzuschreiben, würde wohl zu
führen.

Fabricius beweist durch einige selbst erlebte Beispiele, daß auch bei
rschrift von Frage und Antwort viel in den Akten unrichtig darge-
wird.

Ungar verlangt im Protokoll im allgemeinen nur die Wiedergabe des Ge-
n in indirekter Rede; die direkte Rede ist aber da am Platze, wo es
f ankommt, etwas Wichtiges wiederzugeben, was der Angeklagte selbst
t hat. Dem Richter fällt selten der Geisteszustand des Angeklagten auf.
r schlägt vor, bestimmte Beschlüsse zu fassen, die dem Medizinalbeamten-
n als Grundlage zur weiteren Behandlung der Frage dienen können.

Pelman konstatiert, daß die Anwesenden im Prinzip darüber einig
daß Verbesserungen nötig sind, und schlägt vor, daß der Verein eine
nission ernennt, etwa bestehend aus *Ungar* und *Aschaffenburg*, welche
eute geäußerten Wünsche und Vorschläge präzisiert und dieselben dem
zinalbeamtenverein als weiteres Material übermittelt.

Die Versammlung beschließt dementsprechend und wählt in die Kom-
on *Aschaffenburg*, *Pelman*, *Ungar*.

Aschaffenburg-Köln: Zeugnis- und Eidesfähigkeit Geistes-
ker.

Die Sitzungen der Strafprozeß-Reform-Kommission sind zu Ende, ohne
lle die Fragen Gegenstand der Verhandlungen geworden wären, deren
ng uns Irrenärzten am Herzen liegt. Zu diesen gehört die Vereidi-
Geisteskranker. Die Vereidigung soll den Zweck haben, dem
n mit besonderem Nachdruck den Ernst der Sachlage und die Wichtig-
seiner Aussagen vor Augen zu stellen. Das Reichsgericht hat geradezu
elegenheit der Vereidigung einer gedächtnisschwachen alten Frau dem
die Wirkung zugeschrieben, „den Zeugen zur Anspannung seines etwas
chen Gedächtnisses zu nötigen, ihn entweder zur Richtigstellung seiner
be oder zu sachgemäßem Vorbehalten bezüglich der Genauigkeit der-
n zu veranlassen."

Diese Wirkung wird die Vereidigung in den Fällen, in denen das Ge-
nis gelitten hat, voraussichtlich meist nicht haben. Im Gegenteil ruft
Feierlichkeit der Vereidigung gerade bei etwas empfindlichen Personen
Befangenheit und Ängstlichkeit wach, die der Richtigkeit der Aussage

Digitized by Google

nicht günstig ist. Vortr. berichtet über einen Fall, in dem eine 57jährige Frau bei drei verschiedenen Terminen ganz verschieden aussagte, so daß ein Verfahren wegen fahrlässigen Falscheides eingeleitet werden mußte. Die Aussagen selbst konnten ihr keinerlei Vorteil bringen. Die Untersuchung ergab das Bestehen eines chronischen Depressionszustandes, einer Herabsetzung der Merkfähigkeit und vor allem einer Erregbarkeit, die umso schlimmer wirken mußte, als die ängstliche Frau die Vereidigung ohnedies schon sehr ernst nahm. Das Verfahren wurde auf Grund des Gutachtens eingestellt.

Nach unserer bestehenden Gesetzgebung hätte die Frau vereidigt werden müssen, auch wenn man vorher ihren psychischen Zustand genau gekannt hätte. Nach § 56 Str. Pr. O. sind unbeeidigt zu vernehmen: „Personen, welche zur Zeit der Vernehmung wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben." Diese Fähigkeit, die Bedeutung des Eides richtig zu beurteilen, wird von dem Richter vorausgesetzt, so daß gar nicht so selten ausgeprägt Geisteskranke vereidigt werden. In einem Falle, den Vortr. zu begutachten hatte, war in einem Prozeß ein Zeuge beigebracht worden, der beschwor, er habe der Auszahlung einer großen Geldsumme beigewohnt. Es war ein 46jähriger völlig verblödeter Hebephrene, dessen Krankheit schon über 20 Jahre bestand, und der bei längerer Unterhaltung ein geradezu ungeheuerliches Wortgefasel und völlig phantastisch-verworrene Ideen hervorbrachte. Es ließ sich leicht nachweisen, wie schnell bei ihm Erinnerungsfälschungen zu erzeugen waren. Zu der falschen Aussage war er durch das Zureden eines Mannes gekommen, dessen Angabe er durch eine „richtige Nachbesinnung" zu der seinen machte. An und für sich kann man die Vernehmung eines Geisteskranken nicht in jedem Falle widerraten. Bei einem 33jährigen hochgradig schwachsinnigen Hebephrenen bestätigte die Beweisaufnahme durchaus seine Erzählung einer Tat, die dem Täter eine 12jährige Zuchthausstrafe einbrachte. Allerdings hätte die Aussage allein die Verurteilung nicht als zulässig erscheinen lassen, und jedenfalls wäre die Vereidigung des Zeugen auch dann höchst bedenklich gewesen, wenn er das übliche oberflächliche Verständnis für Wesen und Bedeutung des Eides gehabt hätte. Das haben z. B. alle Querulanten und alle Hysterischen, und doch wird ihre Aussage bewußt und unbewußt der Einwirkung ihrer geistigen Störung unterliegen. In einem Falle, den Vortr. gerade jetzt zu begutachten hatte, stützte sich die Verurteilung zu einer langjährigen Zuchthausstrafe weit mehr, als dem Gericht klar geworden ist, auf die Aussage einer Hysterischen. Die großen Schwierigkeiten, die es machte, das Wiederaufnahmeverfahren in Gang zu bringen, mahnt zur äußersten Vorsicht in der Bewertung von Aussagen Hysterischer, denen die Vereidigung den Anschein größerer Zuverlässigkeit gibt.

Gottlob hat im Anschluß an die Vernehmung von Epileptikern im Alexianer-Prozeß für den § 56 die Fassung vorgeschlagen: „Unbeeidigt sind zu ver-

Digitized by Google

hmen solche Personen, welche wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ht imstande sind, sich über die Wahrheit einer Aussage gewiß zu rden." Ich wäre mit dieser Fassung einverstanden, wenn mich nicht ein stimmter Vorfall zu dem Wunsche zwänge, auch noch eine andere Mögkeit zu berücksichtigen. Die Erfahrung nämlich, daß ein genesener isteskranker, auf den die Voraussetzungen des vorgeschlagenen Paragraphen ht mehr zutreffen würden, über Vorgänge aussagen mußte, die er während er schweren manischen Phase einer zirkulären Psychose erlebt hatte. gleich ich auf die Bedenklichkeit der Vereidigung hinwies, mußte der Gesene vereidigt werden, und wäre auch vereidigt worden, wenn der § 56 Fassung *Gottlobs* gehabt hätte.

Ich habe deshalb den Vorschlag gemacht, dem Paragraphen folgende ssung zu geben: „Unbeeidigt sind zu vernehmen Personen, ren Aussagen oder Wahrnehmungen durch Geisteskrankheit er Geistesschwäche beeinflußt sind."

Diese Fassung scheint mir trotz aller Kürze die beiden Mängel des zigen Paragraphen zu vermeiden: sie verhindert 1. die Vernehmung isteskranker, einschließlich der Grenzgebiete, und 2. die Vereidigung Gesener über Vorgänge aus der Zeit der Krankheit. Auch *Hoche* hat sich sem Vorschlag angeschlossen. In einer Besprechung seiner Arbeit wünscht Jurist. *Kullmann*, den Zusatz: „Sofern ein Einfluß der Beeidigung auf Richtigkeit der Aussage ausgeschlossen ist."

Ich kann das nicht gutheißen. Es läßt sich vorher nicht absehen, ob Beeidigung die Richtigkeit aller Einzelheiten beeinflußt, und es ist doch h ein lächerliches Schauspiel, zuerst einen Geisteskranken zu vereidigen, hher seine Aussage, als krankhaft beeinflußt, nicht brauchen zu können, endlich eine Strafverfolgung nicht in die Wege leiten zu dürfen, eben gen dieser Krankheit.

Vortr. hält deshalb den von ihm vorgeschlagenen Wortlaut aufrecht. wäre sehr wünschenswert, daß auch die Fachgenossen dazu Stellung mmen, um gerade jetzt, wo die Reform der Strafprozeßordnung bevorht, mit ihren Wünschen nicht zu spät zu kommen. (Autoreferat.)

Diskussion: *Landerer* unterstützt die Forderung von *Aschaffenburg*, nentlich im Hinblick auf die Periodiker, die selten imstande sind, über ignisse zur Zeit der Höhe ihrer Erregung Auskunft zu geben. Am besten bei Anfragen sogleich zu bestimmen, ob der Betreffende nur vernehngsfähig oder auch vereidigungsfähig ist.

Ungar macht darauf aufmerksam, daß es oft nicht möglich ist zu benmen, wo die Geisteskrankheit anfängt.

Aschaffenburg: Ich habe mir viel Mühe gegeben, einen Ausdruck zu len, der unseren Wünschen entspricht, ohne daß er sich in der Kasuistik liert. Aber ich habe keinen besseren gefunden, und auch von anderer te ist bisher kein besserer Vorschlag gemacht worden. Ich weiß sehr

Digitized by Google

wohl, daß das bürgerliche Gesetzbuch die Ausdrücke Geisteskrankheit und Geistesschwäche sehr verschieden auslegt. Aber ich glaube, die Gefahr der falschen Auslegung ist bei meinem Vorschlag doch nicht allzu groß. Es handelt sich ja nicht darum, einfach festzustellen, ob jemand an Geisteskrankheit oder Geistesschwäche leidet, sondern ob infolge eines dieser Zustände ein Einfluß auf die Wahrnehmung und die Zuverlässigkeit der Aussage ausgeübt wird.

So läßt sich wohl all das, was wir wünschen, z. B. auch der Zustand schwer Hysterischer unbedenklich unter den genannten Begriff unterordnen. Ich bin aber selbstverständlich bereit, meinen Vorschlag fallen zu lassen, wenn ein anderer gemacht wird, der geeignet scheint, allen Wünschen gerecht zu werden, ohne die Gefahr, sich allzuleicht mißdeuten zu lassen.

Pelman hält es für nötig, daß der Verein auch zu dieser Frage Stellung nimmt; doch ist die Sache heute wohl noch nicht spruchreif. Er schlägt daher vor, auch diese Frage der soeben erwählten Kommission zur weiteren Verfolgung zu überweisen.

Die Anwesenden erklären sich einstimmig mit diesem Vorschlag einverstanden. *Umpfenbach.*

Der Psychiatrische Verein hielt am 17. Juni 1905 seine 75. ordentliche Generalversammlung ab; dies veranlaßte bei dem der Sitzung folgenden Festmahl den Vorsitzenden zu nachstehendem kurzen Rückblick.

Übersicht über den Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz.

Gelegentlich einer Versammlung der ärztlichen Bezirksvereine in Rolandseck am Rhein im Mai 1867 traten auf Anregung *Nasses* die anwesenden Irrenärzte zu einer Beratung zusammen, und es wurde die Gründung eines Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz angeregt.

Infolge dieser Anregung wurde eine konstituierende Versammlung auf den 6. Juli 1867 nach Bonn einberufen und 46 Kollegen zum Beitritt und Erscheinen aufgefordert.

Es erschienen zur konstituierenden Versammlung in Bonn 18 Kollegen, von denen noch 4 leben: *Besser, Brosius, Öbeke, Pelman.*

Nach einer eingehenden Besprechung der Statuten wurden diese angenommen und der Vorstand gewählt: *Nasse*, Vorsitzender, *Richarz*, stellvertretender Vorsitzender, *Pelman*, Schriftführer.

22 Ärzte erklärten ihren Beitritt zum Verein.

Erste Generalversammlung am 9. November 1867. 17 Anwesende. Vorträge von *Richarz, Focke, Hertz.*

Die Herbstsitzung 1870 fiel des Krieges halber aus. Es fanden zwei außerordentliche Generalversammlungen statt, am 4. März 1870 und 13. Dezember 1873, beide in Cöln. Die erste gelegentlich der Beratung des Strafgesetzbuchs für den norddeutschen Bund: § 49 (der spätere § 51); die zweite bei Beratung der Zivilprozeßordnung: Entmündigung. Beidemale faßte der Verein Beschlüsse, die bei der späteren Beratung von Einfluß waren.

Digitized by Google

Die Zahl der Mitglieder ist von jenen 22 im Jahre 1867 auf 139 im ihre 1905 gestiegen. Der Vorstand bestand nach dem Austritt von *Richarz* ı Jahre 1871 aus *Nasse, Hertz, Ripping,* da auch *Pelman* nach dem Elsaß :rzogen war.

1889 nach *Nasses* Tode übernahm *Pelman* den Vorsitz, an *Rippings* elle trat erst *Peretti,* dann *Öbeke* und seit 1897 *Umpfenbach.* Seitdem steht der Vorstand aus: *Pelman,* Vorsitzender, *Öbeke,* stellvertretender Vor- zender, *Umpfenbach,* Schriftführer.

Die Versammlungen hatten mit Ausnahme der beiden außerordentlichen neralversammlungen von Anfang an im Hotel Kley in Bonn stattgefunden. i dem Verkaufe des Hotels und seiner Aufhebung mußte die Versammlung ı anderes Lokal suchen, und sie tagte bei ihrer 75. Generalversammlung m ersten Male in den Räumen der Lese- und Erholungs-Gesellschaft in Bonn.

Bonn, den 18. Juni 1905. *Pelman,* Vorsitzender.

Das Organ des Vereins war die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, rin die Verhandlungen im Auszuge veröffentlicht sind.

Digitized by Google

Literatur.

Sérieux, L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Paris 1903. Imprimerie nationale. Großquart, 1007 Seiten.

Vor längerer Zeit hat Ref. über ein Reisewerk von Toulouse berichtet. Das hier vorliegende ist viel umfassender, indem eine Reihe von Irrenanstalten in Frankreich, Deutschland, Italien und in der Schweiz zur Besprechung gelangen, an der Hand von vielen Plänen. Es dürfte wahrscheinlich das vollkommenste Reisewerk sein, welches wir zurzeit über diese Anstalten besitzen, und mit wahrem Bienenfleiße hat Verf. eine Menge statistischen Materials verarbeitet. Mag auch vielleicht hier und da ein kleiner Fehler sich eingeschlichen haben, was bei der Fülle des Dargebotenen und den Tausenden von Zahlen ja so leicht möglich ist, so ist das Ganze doch imposant und dürfte als Nachschlagewerk in keiner Anstalt fehlen. Verf. hat aber auch alles mit offenem Auge gesehen und zieht überall die Nutzanwendung für die französischen Anstalten, die ja auch in technischer Beziehung leider noch sehr reformbedürftig sind. Ohne weiteres erkennt er hier die Überlegenheit der deutschen Anstalten und Kliniken an und ist ihres Lobes voll. Bezüglich Deutschlands gibt Verf. zunächst eine kurze, klare Geschichte der Irrenfürsorge, bespricht aber auch die Fürsorge für Epileptische, Trinker und irre Verbrecher. Bezüglich letzterer läßt er die Einrichtungen der verschiedenen Länder Revue passieren. Auch der psychiatrische Unterricht in den Hauptländern wird eingehend untersucht, immer im Hinblick auf französische Verhältnisse, die auch hier viel zu wünschen übrig lassen. Verf. bespricht dann die Irrenkolonien von Alt-Scherbitz, Galkhausen, Mendrisio, verschiedene Irrenanstalten, die Irrengesetzgebung, Irrenbehandlung, die Hilfsvereine, das Wartepersonal, die Ärzte, die Statistiken usw. Die ungeschminkte Darstellung der französischen Anstalten wird namentlich den Fremden interessieren. Das ausgezeichnete Werk sei auf das angelegentlichste empfohlen!

Näcke.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Der Kongreß für experimentelle Psychologie wird vom 10. bis 3. April 1906 zu Würzburg stattfinden. Referate werden erstatten *J. Krüger* ber die Beziehungen zwischen experimenteller Phonetik und Psychologie, . *Külpe* über den gegenwärtigen Stand der experimentellen Ästhetik, . *Schumann* über die Psychologie des Lesens, *R. Sommer* über Psychiatrie id Individualpsychologie und *W. Weygandt* über die psychologische Unter-ichung des angeborenen Schwachsinns.

Für den 15. internationalen medizinischen Kongreß, der vom 9. bis 26. April 1906 in Lissabon tagen soll, sind bereits eine Reihe n Vorträgen angemeldet. So haben in der Sektion für Neurologie, Psychiatrie id kriminelle Anthropologie — Präs. Dr. *Caetano Beirão* (48, rua Formosa, ssabon); Sekr. Prof. *Virgilio Machado* (200, Avenida da Liberdade, Lissabon) deutscherseits Referate übernommen Prof. *Eulenburg*-Berlin über Tabes, of. *Ziehen*-Berlin über Katatonie und Dr. *Weygandt*-Würzburg über Dementia aecox. Anfragen, die den Kongreß betreffen, sind zu richten an *M. Miguel mbarda* (Hôpital de Rilhafolles, Lissabon).

Nekrolog C. Wernicke. — Am 15. Juni dieses Jahres ist *Carl ernicke* nach zweitägigem Leiden den Folgen eines Unglücksfalles erlegen, ssen Opfer er anläßlich einer Radfahrt im Thüringerwalde geworden war. enn jemals die oft als Phrase mißbrauchte Klage am Platze war von dem erluste, den die Wissenschaft erlitten, so hier: ein blinder Zufall hat dem ben und Forschen eines Mannes ein jähes Ende gesetzt, der, noch auf der öhe der Leistungsfähigkeit und Schaffensfreudigkeit stehend, eben unter beitsbedingungen, wie er sie gleich günstig früher nie gekannt, zu neuen issenschaftlichen Taten sich vorbereitete.

Eine volle Würdigung dessen, was *Wernicke* der Wissenschaft gewesen t, ist heute — zumal im Rahmen weniger Blätter — nicht möglich; sie wird

Digitized by Google

sich ergeben, wenn einmal später die Geschichte der Gehirnlehre, der Neuropathologie und der Psychiatrie und ihrer gegenseitigen Beziehungen unter großen Gesichtspunkten geschrieben wird; eine bloße Aufzählung seiner Werke und Arbeiten würde am wenigsten ein zutreffendes Bild von seinem Lebenswerk und seiner Lebensarbeit geben, die trotz ihrer Vielseitigkeit in einer geradezu grandiosen Einheitlichkeit vor uns stehen. Was er geleistet, ist zum Teile seit langem gesicherter Bestand der Wissenschaft — vielfach so sehr, daß man schon zu vergessen beginnt, wem der Erwerb zu danken war; um einen Teil wogt noch der Kampf der wissenschaftlichen Meinungen. Es sei versucht, im folgenden an das eine kurz zu erinnern, aus dem anderen aber dasjenige hervorzuheben, was uns nach jetzigem Ermessen s i c h e r als wertvolles und unvergängliches Vermächtnis des Dahingegangenen verbleiben wird.

Der äußere Rahmen, in dem sich das Wirken *Wernickes* abspielte, war einfach, lange Zeit in jedem Sinne bescheiden. 1848 zu Tarnowitz in Oberschlesien geboren, studierte und promovierte er in Breslau, war zunächst Assistenzarzt am Allerheiligen-Hospitale zu Breslau, dann an der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité unter *Westphal*, von 1878 ab Privatdozent ohne klinische Stellung in Berlin, bis er 1885 als außerordentlicher Professor für Psychiatrie und Nervenkrankheiten nach Breslau berufen wurde. 1890 wurde er dort zum ordentlichen Professor ernannt. Mit der Professur war die Stelle des Primärarztes der städtischen Irrenanstalt verbunden, die zunächst noch in den ungenügenden Räumen des Allerheiligen-Hospitals untergebracht, 1888 in die neugebaute Anstalt an der Einbaumstraße übersiedelte. 1898 mußte er von der Stellung als Leiter der Anstalt zurücktreten, behielt aber die Befugnis, klinische Vorlesungen zu halten; auch diese verlor er zwei Jahre später, um sie erst im Winter 1903 wieder zu gewinnen; im Frühjahr 1904 folgte er dem Rufe, die Leitung der psychiatrischen Klinik in Halle zu übernehmen.

Um das Maß dessen, was *Wernicke* speziell als Psychiater geleistet, und seinen tiefgehenden Einfluß als Lehrer voll würdigen zu können, darf man nicht aus dem Auge verlieren, wie verhältnismäßig kurz die Spanne Zeit war, während deren er tatsächlich Leiter einer Klinik war.

Wernicke gehörte keiner Schule an, und er kann als niemandes eigentlicher Schüler bezeichnet werden. Nachhaltigen und vielleicht bestimmenden Einfluß übten auf ihn nachweislich nur die Lehren *Meynerts*, als dessen geistiger Erbe er mit Recht bezeichnet worden ist; von ihm sprach er auch in späteren Jahren noch oft und in aufrichtiger Verehrung; sein Porträt bildete den einzigen Schmuck des bescheidenen Hörsaales der Breslauer Klinik, der bezeichnenderweise gleichzeitig auch als anatomisches Laboratorium dienen mußte. Mit lebhaftem Interesse hatte *Wernicke* ferner begreiflicherweise die glänzenden Erfolge der experimentellen Hirnphysiologie verfolgt, die in die Anfangsjahre seiner wissenschaftlichen Laufbahn fielen und deren Ergebnisse er bald in ihrer umwälzenden Bedeutung würdigte und verwertete, ohne gleich-

Digitized by Google

ohl sich an den Untersuchungen selbst zu beteiligen. Für sein psychiatri-
hes Denken hat er wohl außer aus den *Meynert*schen Lehren manche An-
gung von Kahlbaum erfahren, dessen noch heute kaum vollständig gewür-
ter Bedeutung er stets volle Gerechtigkeit widerfahren ließ.

Man würde wohl fehlgehen in der Annahme, daß die stark ausgeprägte
ssenschaftliche Individualität *Wernickes* Folge seines frühzeitigen Aus-
eidens aus der Klinik und Lehre gewesen sei; man wird viel eher an-
hmen dürfen, daß seine durchaus selbständige Art, zu denken und zu arbeiten
hinaustrieb, und man wird zum Mindesten das eine als sicher annehmen
fen, daß seine starke und nach jeder Richtung ursprüngliche Persönlich-
t auch dann nicht verändert worden wäre, wenn er länger im Banne einer
ule und unter dem Einflusse eines Lehrers geblieben wäre: steht doch diese
senschaftliche Persönlichkeit schon in all ihren charakteristischen Zügen
uns in der ersten großen Arbeit, mit der der eben 26jährige vor die
ssenschaft trat.

Es war *Wernicke* beschieden, schon in dieser Erstlingsarbeit, dem 1874
chienenen aphasischen Symptomenkomplex, ein Forschungsergebnis von
ndlegender Bedeutung vorzulegen, das, für immer an seinen Namen ge-
ipft, allein hingereicht hätte, diesem Namen die Unsterblichkeit im Kreise
Wissenschaft zu sichern. Die Entdeckung der sensorischen Aphasie war
n zufälliger glücklicher „Fund". *Wernicke* selbst hat in der Einleitung
igermaßen den Weg gezeichnet, längs dessen er zu seiner Entdeckung ge-
gt war: den Ausgangspunkt fand er in den grundlegenden Gedanken
ynerts, auf den er, bescheiden genug, „alles, was von Verdienst in der vor-
enden Arbeit gefunden werden sollte", zurückzuführen geneigt war. Die
tel aber, die ihm das Fortschreiten auf diesem Wege ermöglichten, sind
n ursprünglichstes Eigentum, und sie kennzeichnen schon seine Arbeits-
se, wie sie sich von da ab in all seinen Werken wiederspiegelt: eine
nzende Untersuchungs- und Beobachtungsgabe, der sich nichts entzieht,
e staunenswerte Sicherheit in der Feststellung der gegenseitigen Beziehung
klinischen und anatomischen Einzelbefunde, und eine geniale Einordnung
Einzelfalles in den Rahmen des jeweiligen übrigen Gesamtwissens. Die
tstellung des klinischen Bildes der sensorischen Aphasie und ihrer anato-
chen Lokalisation erschöpft übrigens bei weitem nicht den Inhalt der nur
ige Bogen starken Studie. Wie das Resultat aus einer bestimmten An-
nuungsweise heraus sich mit zwingender Notwendigkeit ergeben hatte, so
lte es seinerseits wieder diese Anschauungsweise erweitern und ver-
n. Die ganze Lehre von der Aphasie und ihren Beziehungen zur Agraphie
Alexie liegt in prägnantester Form in diesen Blättern vorgezeichnet;
r auch die Beziehungen zu umfassenderen Störungen, zur Asymbolie und
den Psychosen, sind schon angedeutet; nur wenn man sich dies vergegen-
tigt, kann man wohl begreifen, wie die aphasischen Störungen der Aus-
gspunkt auch für *Wernickes* Psychiatrie wurden und werden mußten;
Untertitel des aphasischen Symptomenkomplexes: „Eine psychologische

Digitized by Google

Studie auf anatomischer Basis" bedeutete ein Programm nicht nur für eine Arbeit, sondern für ein Lebenswerk. Welchen Wert er schon damals gerade den allgemein-psychologischen Gesichtspunkten beilegte, wie sie sich aus dem aphasischen Symptomenkomplex ergeben hatten, beweist wohl am besten die Tatsache, daß er, der sich sonst nicht leicht wiederholte, es geboten fand, fünf Jahre später den Kern seiner Anschauungen in einem Vortrage „Über das Bewußtsein" (1879) nochmal darzulegen.

Für die großzügige Art seiner Arbeitsweise ist es kennzeichnend, daß er — anderen Aufgaben zugewandt — sich zunächst an dem Detailstudium über die Lehre von den Sprachstörungen literarisch nicht beteiligte. Erst 1884 ergriff er selbst wieder das Wort in einer heute noch nicht gelösten Frage: „Über die motorische Sprachbahn". Den folgenden beiden Jahren gehören dann die berühmt gewordenen „kritischen Referate" über „einige neuere Arbeiten über Aphasie" an. In diesen hat er Musterbeispiele jener Kritik geliefert, die er selbst (in der Vorrede zu den gesammelten Aufsätzen, 1893) verlangt, die nicht nur niederreißt, sondern auch aufbaut und in diesem Sinne produktiv wirkt. Das äußere Gerippe und die Terminologie für die Aphasieforschung, die sich als so unendlich wertvoll für die ganze Folgezeit erwiesen, wenn auch manches Detail später modifiziert werden mußte, sind in diesen inhaltreichen Seiten zum großen Teil im Anschluß an die Veröffentlichungen seines Freundes *Lichtheim* niedergelegt.

Fast 20 Jahre lang hat er dann zur Frage der Aphasie kaum noch etwas veröffentlicht: daß sein Interesse daran nicht erkaltet war, bewiesen dem Näherstehenden seine glänzenden klinischen Demonstrationen von Aphasischen, weiteren Kreisen zahlreiche Arbeiten über Aphasie und dieser nahe verwandte Gebiete, die aus seiner Schule hervorgingen. Erst vor wenigen Jahren hat er in einem zweiten „aphasischen Symptomenkomplex" in der Deutschen Klinik nochmal seine Anschauungen über die Aphasie zusammengefaßt.

Es ist ein kleiner aber bezeichnender Zug, daß er auch hier nicht versäumt, *Meynerts* Verdienst um die Entdeckung der sensorischen Aphasie besonders zu betonen, und daß er gerade angesichts der allgemeinen Anerkennung, die seine Aphasieform neben der *Broca*schen gefunden, „die Verpflichtung anerkennt, ausdrücklich zu erwähnen, daß das Hauptsymptom der sensorischen Aphasie, Aufhebung des Sprachverständnisses bei erhaltenem Gehör, schon vorher von 2 Autoren (*Bastian* und *Schmidt*) richtig gedeutet war". Ohne Selbstgefälligkeit hat er in dieser letzten größeren Veröffentlichung — dem Resultate jahrelanger Arbeit, das ihm trotzdem noch nicht genügend scheinen wollte — auch seine eigenen früheren Ansichten kritisch gewürdigt; er hat keinen Anstand genommen, anzuerkennen, daß ihnen da und dort noch der ihm allein ausreichend scheinende Beleg durch einwandfreie klinische und anatomische Beobachtungen fehle (namentlich bezüglich der reinen transkortikalen Formen und der Leitungsaphasie), oder daß sie durch die Tatsachen widerlegt sind (bezüglich der motorischen Sprachbahn):

Digitized by Google

er mit berechtigtem Stolze konnte er doch sagen, daß die wesentlichsten ile seiner Lehre sich in einer 30jährigen Nachprüfung als richtig behauptet, d daß auch die bis jetzt unbestätigt gebliebenen Hypothesen, „indem sie neue obachtungen ermöglicht und zu neuen Fragestellungen geführt, ihren Wert d damit die Berechtigung ihrer Aufstellung dargetan".

Schon während der Niederschrift des ersten „aphasischen Symptomenmplex" war *Wernicke* eifrig mit vergleichend-anatomischen Untersuchmungen schäftigt; er hat auch auf rein morphologischem Gebiete mit genialem, mer auf das Ganze und die gegenseitigen Beziehungen aller Teile gehtetem Blicke Großes geleistet, aber Ausgangspunkt wie Ziel seine anatoschen Untersuchungen war ihm die Beziehung des Organs zur Funktion. e wesentlichsten Ergebnisse seiner Untersuchungen an Schnittserien, die er t mangelhafter Technik und auf eigene Kraft angewiesen anlegen mußte, ıd im ersten Bande seines Lehrbuches (1881) niedergelegt; die Lehre von n Erkrankungen des Gehirns, die er auf dieser Basis aufgebaut und die den ıuptteil des Lehrbuches ausmacht, war lange geradezu das deutsche Lehrıch der Gehirnkrankheiten. Hier kann nicht auf Detailergebnisse des Werkes ıgegangen werden. Seine große und nachhaltige Bedeutung verdankt auch eses Buch der strengen Durchführung eines großen Gedankens: der lokalisarischen Betrachtung der gesamten Hirnpathologie. Was *Wernicke* damit leistet hat, tritt erst deutlich zutage, wenn man sich vergegenwärtigt, daß ımals trotz aller Fortschritte der experimentellen Hirnphysiologie noch nicht ımal die Möglichkeit einer Lokalisation im Großhirn allgemein anerkannt ır. In der Vorrede des II. Bandes hat er noch gegen die letzten Ausläufer r *Flourens*schen Lehre zu kämpfen; gerade aber in der kritischen Verbeitung der *Goltz*schen Versuche gelangt er zur präzisen Formulierung der sichtspunkte, die seitdem für alle lokalisatorischen Bestrebungen maßgebend blieben sind: die Scheidung zwischen Allgemein- und Herderscheinungen, e Trennung direkter und indirekter, dauernder und passagerer Herdsymome. Gerade die Ergebnisse dieser — wieder auf wenigen Bogen zusammendrängten — Überlegungen sind seitdem so sehr Allgemeingut der Wissenhaft geworden, daß nur mehr die wenigsten daran denken, auf wen sie rückgehen. Manches von dem, was das Lehrbuch enthält, weist auch schon f die Zukunft: die Auffassung des paralytischen Blödsinns als einer Summe n Herderkrankungen leitet unmittelbar hinüber zu den Grundgedanken der *ernicke*schen Psychiatrie, der Affekt der Ratlosigkeit findet schon im Lehrıche Platz bei der Schilderung des Asymbolischen.

Die Folgezeit hat noch wiederholt den Meister der hirnlokalisatorischen trachtung auf seinem Platze gesehen: eine Reihe feiner und auch heute ch lesenswerter Betrachtungen findet sich in den kritischen Referaten. ine weitere Reihe wichtiger Feststellungen und Anregungen sind in benderen Aufsätzen niedergelegt: erinnert sei an die hemiopische Pupillarıktion (1882), die Feststellung des Lähmungstypus bei der zerebralen emiplegie (1889), die Tastlähmung (1895). Überall begnügte er sich, prägnant

Digitized by Google

in Form und Inhalt, das Wesentliche zu geben, anderen die Weiterarbeit überlassend; es existiert kaum eine derartige Veröffentlichung *Wernickes*, die nicht zum Ausgangspunkte einer umfangreichen Literatur — nicht nur aus dem Kreise seiner engeren Schüler — geworden wäre, und keine, deren Grundgedanke sich nicht bei allen etwa nötig gewordenen Modifikationen als berechtigt und fruchtbar erwiesen hätte.

Eigene anatomische Studien hat *Wernicke* später nicht mehr betrieben; von seinem fortdauernden Interesse an der Hirnanatomie legt der große, aus seiner Klinik hervorgegangene Atlas Zeugnis ab; es ist bezeichnend für sein Bedürfnis nach größtmöglicher Objektivität der Beobachtung und Darstellung (er pflegte das den „Respekt vor den Tatsachen" zu nennen), daß ihm trotz aller technischen Schwierigkeiten für diesen Atlas nur unretouchierte Originalphotographien möglich erschienen. Die Histopathologie des Zentralnervensystems verfolgte er mit lebhaftem Interesse, und jeden Fortschritt auf diesem Gebiete, vor allem das „Gliabuch" seines Freundes *Weigert* und die Bekanntgabe der *Nissl*schen Methode, begrüßte er mit fast überschwenglichen Hoffnungen.

Für die jüngere Generation, vor allem die übergroße Mehrzahl seiner Schüler, ist *Wernicke* vor allem der Psychiater. Sein Übergang zur Psychiatrie fällt zeitlich zusammen mit seiner Berufung nach Breslau; es könnte scheinen, als ob die Nötigung, eine psychiatrische Klinik zu leiten und psychiatrische Vorlesungen zu halten, der Anlaß des Überganges gewesen wäre. Auch dann würde die Energie alle Bewunderung verdienen, mit der er sich von einem vertrauten Gebiete abwandte, um sich auf einem ihm — wie er selbst oft erzählte — praktisch fremden heimisch zu machen, um so mehr Bewunderung, da ihm das Krankenmaterial von Klinik und Poliklinik hinreichende Gelegenheit zu neuro- und speziell hirnpathologischer Tätigkeit gegeben hätte. Nach seinen eigenen Worten hätte er allerdings nur darauf gewartet, bis er Gelegenheit hätte, psychiatrisch tätig zu sein. „Notbehelf" nannte er mir einmal stark übertrieben, was er vorher in Ermangelung dieser Gelegenheit gearbeitet. Ich habe eben erwähnt, wie manches in den früheren Werken auf den späteren Psychiater hinweist; auf alle Fälle erscheint es begreiflich, daß es einen Forscher mit so abgerundeten und festgeschlossenen Vorstellungen über das psychische Geschehen und seine anatomische Grundlage locken mußte, sein System die Feuerprobe auf dem schwierigsten Gebiete, der Lehre von den psychischen Störungen, bestehen zu sehen.

Daß *Wernicke* bei der Inangriffnahme der Psychiatrie neue Wege gehen würde, und nach welcher Richtung sie führen würden, ließ sich erwarten. Im aphasischen Symptomenkomplex hatte er eine wissenschaftliche Behandlung der meisten Seelenstörungen noch glattweg für unmöglich erklärt; auf Grund seiner weiter gefesteten Anschauungen glaubte er nun doch an das Unmögliche herantreten zu können. Daß ihm auf diesem Wege die Ergebnisse der früheren Psychiatrie wenig zu versprechen schienen, scheint verständlich; er hat sich seine Psychiatrie selbst geschaffen; d a h e r die fast prinzipielle Ver-

Digitized by Google

hlässigung der psychiatrischen Literatur seitens des Autors, der in seinen irnkrankheiten und in seinen zusammenfassenden Referaten geradezu Muster gegeben hatte, wie eine Vielheit fremder Beobachtungen und An-ten zu meistern sei. Typisch war in diesem Sinne seine Antwort an n Besucher, der mit einem zweifelnden Blick auf den bescheidenen Bücher-ıtz der Breslauer Klinik nach der Bibliothek fragte. *Wernicke* wies nach im gleichen Raume aufgestapelten Krankengeschichten: „das ist meine iothek". Daß er bei dieser Methode des Arbeitens neben Wertlosem auch tvolles übersehen mußte, war ihm übrigens durchaus bewußt, und er ver-ıte es nie, wirklich Wertvolles, das er da oder dort in der Literatur fand, haltlos anzuerkennen.

Gleichviel, wie man sonst *Wernickes* Verhältnis zur Psychiatrie beur-n mag, ein unleugbares Verdienst — und nicht das geringste — hat er allein schon erworben, indem er durch das Einsetzen seiner ganzen ge-igen Kraft für die rein klinisch-psychiatrische Forschungsrichtung diese st wieder beleben half. Wenn heute in einem ganz anderen Maße als noch vor 15 Jahren gerade an den psychiatrischen Kliniken wieder psy-trisch gearbeitet wird und die klinisch-psychiatrische Forschungsrichtung wenigstens wieder gleichberechtigt neben die lange begünstigten Schwester-enschaften stellen darf, gehört *Wernicke* sicher unter die Ersten, deren luß dieser Umschwung zu danken ist.

Die allgemeine Stellung *Wernickes* in der Psychiatrie läßt sich heute dahin präzisieren, daß man ihm von allen Seiten — gerade auch seiten der Vertreter ganz anderer Forschungsmethoden — den Anspruch eine führende Stelle zuerkannt hat, ohne daß bisher eine allzu große von Fachgenossen seiner Führung gefolgt wäre. Der scheinbare erspruch erklärt sich wieder aus einer der Eigentümlichkeiten der *Wer-*schen Arbeits- und Darstellungsweise: der strengen Scheidung zwischen ktiven Befunden und subjektiven Schlüssen und Theorien.

Konsequent von der Überzeugung ausgehend, daß auch den kompli-esten psychischen Geschehnissen und Störungen keine anderen Gesetze unde liegen können, als er sie für die relativ einfachen Störungen der che festgestellt, hatte er das Schema des Sprachvorganges auf das ge-e psychische Geschehen erweitert; Geistesstörungen sind als das Gebiet transkortikalen Erkrankungen zu definieren, psychosensorische, intra-hische und psychomotorische Strecken bilden zusammen den Reflexbogen, rhalb dessen das psychische Geschehen und seine Störungen sich ab-len; Afunktion, Hyperfunktion und Parafunktion stellen die aus der all-einen Pathologie herübergenommenen Formen dar, unter denen Störungen dem dieser Teile auftreten können; die Störungen können zudem in den chiedenen Bewußtseinsgebieten (Bewußtsein=Summe der Erinnerungsbilder) reten, die Körperlichkeit, die Außenwelt oder die Persönlichkeit betreffen. e schon 1892 veröffentlichten „Grundzüge einer psychiatrischen Sym-nenlehre" bilden die Grundlage der Psychiatrie, wie sie in seinem Grundriß

Digitized by Google

(1894—1900) niedergelegt ist. Die erst nach dem Erscheinen der psycho-physiologischen Einleitung voll entwickelte Lehre von der Assoziationstrennung („Sejunktionshypothese") sollte dann noch eine weitere Vereinheitlichung durch die Aufstellung ursächlicher Beziehungen zwischen Ausfalls- und Reizerscheinungen bringen.

Immer von einheitlichen Gesichtspunkten geleitet, hat *Wernicke* zunächst die Symptomatologie der Psychosen erweitert und zum Teil neu geschaffen. Hier kann nicht auf Einzelheiten eingegangen, auch nicht ausgeführt werden, wie sich gerade auf diesem Wege die gewählte Fragestellung fruchtbar erwiesen hat; nur an eines der schönsten Ergebnisse auf diesem Gebiete sei erinnert: die musterhafte Schilderung der Motilitätssymptome.

Ermöglicht wurden diese Ergebnisse allerdings erst durch eine Ausdauer und Gründlichkeit in der Beobachtung, wie sie bis dahin in der Psychiatrie kaum gekannt war. *Wernicke* hat zum ersten Male den Grundsatz durchgeführt, daß zunächst keine, sei es positive, sei es negative Erscheinung unwichtig ist. Wie er zu beobachten verstand, davon geben die „Krankenvorstellungen" (1899—1900 3 Hefte), die er gewissermaßen als Illustrationen zum Grundriß erscheinen ließ, ein ungefähres Bild; um diese Kunst aber voll zu würdigen, mußte man ihn selbst gesehen haben, wie er stundenlang am Krankenbette sitzen konnte, oft ohne ein Wort an den Kranken zu richten, nur sehend, horchend und Notizen machend (abgesehen von den Krankengeschichten, zu deren Führung das ganze Personal der Klinik mit herangezogen wurde, bewahrte er aus allen Zeiten eine Reihe eigenhändiger Notizen). Es ist kein Zufall, daß gerade die symptomatologisch am schwersten zu entwirrenden akuten Psychosen sein Interesse am intensivsten anzogen, und daß die Lehre von den akuten Psychosen nicht nur quantitativ den Hauptteil des Grundrisses ausmacht.

An die Feststellung der Einzelsymptome schloß sich — in Gedankengängen, die deutlich wieder auf den aphasischen Symptomenkomplex zurückweisen — die Frage nach ihrer gegenseitigen Abhängigkeit und Bedingtheit; nicht psychologisierende Deutungen, sondern die Beobachtung namentlich der zeitlichen Aufeinanderfolge der Erscheinungen war dafür ausschlaggebend; so ergab sich fast notwendigerweise die Scheidung zwischen primären Elementarsymptomen und sekundären Erscheinungen; eine Frucht derartiger Überlegungen war, um nur eines zu erwähnen, die Aufstellung des Erklärungswahnes in seinen mannigfachen Gestaltungen und, eng damit zusammenhängend, ein tieferer Einblick in das Wesen der Wahnideen, die nicht mehr, wie bisher, wesentlich nach ihrem Inhalt, sondern vorwiegend nach ihrer Genese charakterisiert werden. Erst dann schien das Zustandsbild erschöpft, wenn es gelungen war, dasselbe wie ein somatisches Krankheitsbild in wenigen Terminis zu schildern, und es ist wieder bezeichnend für die Arbeitsweise in seiner Klinik, daß jahrelang ein besonderes Buch (das „goldene Buch") bestand, in dem jede Psychose in solchen lapidaren Zügen eingetragen werden mußte. Es bildete das Repertorium für seine Arbeit und

Digitized by Google

gemeinsame Besprechung der Einträge bei der Konferenz eine Quelle her Anregung und oft lebhafter Erörterungen.

Man hat *Wernicke* vielfach vorgeworfen, daß er nur „Querschnittsbilder" Psychosen gegeben, Zustandsbilder gezeichnet und den Verlauf vernachigt habe. In dieser Allgemeinheit ist der Vorwurf sicher ungerechtigt. Schon die präzise Heraushebung des Begriffs der „akuten Psychose" de ihn widerlegen. Aber auch darüber hinaus hat er mit der Frage der chiedenen Formen der Progression, der Frage nach dem Vorgang bei Heilung, der Diagnose der Heilung und der Aufstellung der Residualände eine Reihe mit dem Verlaufe zusammenhängender Probleme erfaßt, zum mindesten beweisen, wie wichtig ihm dies Kriterium war.

Eine unmittelbare Frucht der symptomatologischen Betrachtungsweise die Aufstellung einer Reihe von Krankheitsbildern, die sich weite Anennung errungen haben: ich erinnere an die Presbyophrenie und die stpsychose; andere, schon bekannte Zustände, so die „*Korsakow*sche chose" und die akute Halluzinose, hat erst die *Wernicke*sche Darstellung arf umrissen und präzisiert. Die Mehrzahl der von ihm neu umschriebe- und im Sinne seiner Terminologie bezeichneten Psychosen hat allerdings ie Anerkennung, zum Teil schroffen Widerspruch gefunden.

Ob seine Anschauungen auch nach dieser Richtung sich noch siegreich aupten werden, wird erst eine in der Ferne liegende Entwicklung unserer senschaft ergeben. Die Entscheidung wird zusammenfallen mit der anen, ob *Wernickes* „System" der Ausdruck wirklicher Tatsachen ist, oder es später nur mehr den Wert einer glücklichen heuristischen Hypothese d beanspruchen können. Läßt sich wirklich das gesamte Geistesleben des schen restlos in das *Wernicke*sche Reflexschema einfügen, lassen wirklich h die feineren psychologischen und damit die pathologischen Vorgänge e relativ grobe Lokalisation zu, wie sie ihm vorschwebt, so wird seine rein physiologisch-lokalisatorische Betrachtung auch in der Psychiatrie den g davontragen, wie sie in der Betrachtung der Aphasie und ihrer Verndten sich durchgerungen. Bleiben die von niemand zu leugnenden ken, die heute noch offen stehen, unausgefüllt, so werden andere Momente n mindesten mit herangezogen werden müssen. *Wernicke* war von seinem gültigen Siege überzeugt; daß eine zweite Auflage seines Grundrisses ig wurde, schien ihm ein glückverheißendes Vorzeichen, und noch auf seinem denslager hatte er dieser Zuversicht Ausdruck gegeben. Trotzdem — auch bezeichnender Zug — hatte er alsbald nach der Übernahme der Klinik in lle sich angeschickt, auch einer ganz anderen Forschungsrichtung in ner Klinik eine Stätte zu bereiten — der ätiologischen; von der Chemie offte er diejenigen präzisen Auskünfte, die ihm neben der allmählich sich wickelnden Rindenpathologie allein geeignet schienen, einer wirklich uchbaren ätiologischen Betrachtung der Psychosen als Grundlage zu nen. Noch in seinem Grundriß hat er gegen jeden Versuch der ätiologien Einteilung der Psychosen protestiert; ja die symptomatologische und

Digitized by Google

in seinem Sinne lokalisatorische Einteilung stand ihm so hoch, daß selbst anatomisch feststehende Krankheiten, wie die Paralyse, sich ihm in eine Reihe von Psychosen auflösten, die höchstens eine „ätiologische Krankheitsgruppe" bildeten. Die Hoffnung schien berechtigt, daß die Beschäftigung mit den ätiologischen Problemen ihm wieder eine Fülle neuer Gesichtspunkte eröffnet, vor allem aber seine Lehre den praktischen Erfordernissen etwas mehr genähert und damit wechselwirkend dieser selbst Anerkennung und Verbreitung auch in weiteren Kreisen erobert hätte. Gerade unter dem Gesichtspunkte der Weiterentwicklung von *Wernickes* Psychiatrie erscheint es für die Beurteilung wichtig, daß seine psychiatrisch-klinische Tätigkeit fast gleichzeitig mit dem Abschluß des Grundrisses eine jahrelange Unterbrechung erlitt, und es erscheint darum doppelt tragisch, daß seinem Wirken so bald nach der endlichen Wiedererlangung eines psychiatrischen Arbeitsfeldes ein jähes Ende gesetzt wurde.

Daß *Wernickes* Psychiatrie keinen Abschluß, auch keinen zeitlichen und vorläufigen Abschluß bildet, kann angesichts der Riesenaufgabe, vor die er sich gestellt hatte, nicht wundernehmen; das mußte auch die Kräfte des Stärksten übersteigen. Zur Würdigung dessen, was ihm als sein eigentlichstes Hauptwerk gegolten, mag aber noch eines angefügt sein: Man ist vielfach geneigt, angesichts einer neuen Betrachtungsweise und einer — nicht immer bequemen — neuen Terminologie die *Wernickes*che Psychiatrie ausschließlich nach dem Maße der Richtigkeit ihres theoretischen Ausgangspunktes und der Brauchbarkeit dieser Terminologie zu messen. Daraus entspringt notwendig die Gefahr, die ungeheure Mehrung positiven psychiatrischen Wissens zu übersehen, die wir von Kapitel zu Kapitel, manchmal von Seite zu Seite verfolgen können. Was er nach dieser Richtung geleistet hat, zu würdigen und voll zu verwerten, bleibt der nächsten Zukunft vorbehalten: mit Zuversicht darf schon heute vorausgesagt werden, daß sich der positive Gewinn, den ihm die Psychiatrie nach dieser Richtung zu danken hat, würdig seinen Leistungen auf neuropathologischem Gebiet und den Leistungen der größten Psychiater aller Zeiten an die Seite stellen wird. Einer vielleicht noch recht fernen Zukunft erst wird die Entscheidung über *Wernickes* theoretisches System vorbehalten bleiben: er hat uns die Grundvesten eines gigantischen Baues geliefert; die Geschichte wird darüber entscheiden, ob dieser nur mehr des Ausbaues und der Vollendung bedarf, ob das Gebäude neu nach dem genialen Grundrisse zu errichten sein wird, den er uns hinterlassen, oder ob nur die mächtigen Quadern, die er zum Bau gerüstet, zubehauen und als Bruchstücke, ein minder prächtiges Gebäude werden errichten helfen. Wie der Ausgang sei, die Grundzüge des *Wernickes*chen Systems werden in der Geschichte der Psychiatrie fortleben, nicht nur als heuristisches Prinzip, das dem Tage seine Dienste geleistet, sondern als der Ausdruck einer Auffassung vom psychischen Geschehen, wie sie sich ein tiefer Denker im Vollbesitze des Wissens seiner Epoche gebildet hatte.

Noch wenige Worte über die Persönlichkeit *Wernickes*. Sie ist mit

Digitized by Google

ner wissenschaftlichen Artung so eng verknüpft, daß eine Trennung kaum iglich ist; man könnte beide auf eine Formel zu bringen versuchen: den derwillen gegen Kompromisse. Wie er rein wissenschaftlich gerade auf s einmal als richtig anerkannte Ziel lossteuerte, so konnte er sich nicht entließen, auch nur formal Konzessionen zu machen, um seinen Anschauungen ngang zu verschaffen. Er hat — namentlich in den letzten Jahren — nur r selten in größeren wissenschaftlichen Versammlungen gesprochen, er wußte, ß ihm die Gabe der „gefälligen" Rede mangelte; sprach er aber doch, gab er rückhaltlos sein Eigenstes, ohne sich daran zu stoßen, daß er, e er selbst nach einem solchen Vortrage es einmal ausdrückte, für die hrzahl der Zuhörer „chinesisch sprach"; ebensowenig konnte er sich entließen, in der forensisch-psychiatrischen Tätigkeit auf geläufige Ansichten d die praktischen Erfordernisse des Augenblickes Rücksicht zu nehmen, d es ist begreiflich, daß seine scheinbar weltfremden Anschauungen da nchmal Kopfschütteln erregen mochten. Sein Urteil in wissenschaftlichen ngen war herb und rückhaltlos; mit besonderer Härte konnte er sich über s äußern, was ihm als das Werk „betriebsamer Mittelmäßigkeit" erschien. gegen geizte er nicht mit Anerkennung und Lob, wo er auch nur die Anfe zu wirklichem Fortschritte zu bemerken glaubte, gleichviel woher sie men und in welcher Richtung sie sich bewegten. Kleinliche Eifersucht r ihm fremd.

In der manchmal bis zur Starrheit gesteigerten Folgerichtigkeit seines nzen Wesens lag seine Stärke, aber auch seine Schwäche. Man braucht um so weniger zu beschönigen, da er sich auch später ausdrücklich zu r bekannt und sich bereit erklärt hat, ihre Folgen zu tragen: den Beweis für hat er mit der Trennung von der Breslauer Anstalt erbracht.

Die ganze Persönlichkeit *Wernickes* trat auch in seinen Vorlesungen tage; auch seinen Studenten glaubte er sein Eigenstes und damit sein estes geben zu müssen; jeder Kompromiß mit den herrschenden Ansichten, e dem Schüler auch nur die Orientierung in den Lehrbüchern ermöglicht itte, lag ihm fern; so mag es gekommen sein, daß die Mehrzahl der Hörer e den psychiatrischen Vorlesungen mehr die Erinneruug an eindrucksvolle ne Theorien als praktische Kenntnisse mit nach Hause nahm. Dagegen aren seine Demonstrationen auf neuropathologischem Gebiete Vorbilder aakter Untersuchung und darauf gegründeter Diagnosestellung.

Wirklichen und tiefen Einfluß hat *Wernicke* als Lehrer auf den engeren chülerkreis der Assistenten gewonnen; auch hier war seine Wirksamkeit ne ganz eigenartige. Er gab nie „Anregungen" im gewöhnlichen Sinne lem entspricht es, daß fast nie Doktorarbeiten aus seiner Klinik hervorngen). Nicht selten wurde er mit den abgeschlossenen Manuskripten von einen Assistenten überrascht; er schien sich um die Tätigkeit derselben, enen er auch im Abteilungsdienste die weitestgehende Freiheit ließ, oft berhaupt nicht zu kümmern. Die Anforderungen, die er an seine Assitenten, seine Mitarbeiter im besten Sinne, stellte, waren gleichwohl nicht

Digitized by Google

geringe: er verlangte, ja er hielt es für selbstverständlich, daß jeder mit gleichem Ernste und gleicher Hingebung, wie er selbst, dem gemeinsamen Ziele entgegenarbeitete; wer dazu nicht oder nicht mehr bereit oder imstande war, mußte bald innewerden, daß er nicht an seinem Platze war, und schied aus. „Selbstreinigung der Klinik" pflegte *Wernicke* diesen Vorgang etwas euphemistisch zu nennen. Er hat oft davon gesprochen, welches Glück er zu allen Zeiten in der Auswahl seiner Assistenten gehabt (fast nie, ohne dabei wehmütig des zu früh verstorbenen *Lissauer* zu gedenken); was er Glück nannte, war wohl viel mehr sein Verdienst: sein Vorbild mußte jeden, der nicht ganz unfähig war, zur Mitarbeit mitreißen, und die Anregungen höherer Art, die er in gelegentlichen kurzen Bemerkungen am Krankenbette, bei der Konferenz, noch mehr in seinen Vorlesungen gab, mußten zur weiteren Verarbeitung drängen. Er verlangte auch wissenschaftlich keinen sklavischen Gehorsam, selbst die Benutzung oder Nichtbenutzung seiner Terminologie in den Krankengeschichten blieb der Wahl der Assistenten freigestellt. So haben sich auch die Arbeiten seiner Schüler von der Straße, die er vorgezeichnet hatte, nach verschiedenen Richtungen mehr weniger entfernt. Keiner hat vor allem seine Psychiatrie in toto übernommen. Trotzdem oder vielleicht gerade darum kann seine Schule noch heute als eine einheitliche und zusammengehörige bezeichnet werden, und kaum eine hat so sehr wie die seine ihr Gepräge durch Arbeitsweise und Arbeitsrichtung des Gründers aufgedrückt bekommen.

Im Verkehr blieb *Wernicke* bescheiden und anspruchslos, auch als er längst auf der Höhe des Ruhmes stand. Lärmender Geselligkeit abhold suchte er Erholung in der Familie und im engen Kreise. Trotz der Fülle wissenschaftlicher Ideen wurde er kein Stubengelehrter; er war nicht einseitig und für heitere Unterhaltung ebenso zugänglich wie für ernste Anregung. Die Konsequenz und Ausdauer, die seine wissenschaftliche Tätigkeit auszeichnete, prägte sich auch in seinem übrigen Leben aus. Vor wenigen Jahren begann er sich mit höherer Mathematik zu beschäftigen, weil er die Unkenntnis derselben als eine Lücke empfunden hatte; im höheren Alter hat er sich musikalischen Studien zugewandt und in ernster Ausübung derselben viele anregende Stunden genossen. Mit der gleichen Energie trieb er bis zuletzt körperliche Übungen, „um sich für die Seinen jung zu erhalten". Ihm, der bis zuletzt noch gefährliche Klettertouren im Gebirge unternommen, der schon mit neuen Plänen dafür umging, mußte ein Radunfall verhängnisvoll werden. In der bangen Sorge um die Seinen, im Gedanken an die Zukunft seiner Lehre fand er noch Zeit, den Lenker des Unglücksgefährtes, das ihm die tödliche Wunde zugefügt, vor dem Verdachte schuldhafter Versäumnis zu sichern — ein menschlicher Zug, der in seinem Bilde nicht fehlen soll.

Er starb, beklagt nicht nur von den Seinen und der Wissenschaft, sondern auch von all denen, die ihm menschlich nähertreten durften.

Karl Heilbronner.

Digitized by Google

Nekrolog Heinrich Laehr. — Unter selbstgepflanzten hohen Tannen in seinem Park der Schöpfer von „Schweizerhof"; sein Grabstein wird eiden und sachlich seinen Namen wiedergeben, aber geschmückt sein Blumen, welche die Liebe pflanzte. So wird auch der Nekrolog *ich Laehrs* sein dürfen, ein Denkstein, welcher wie auf dem eigenen l und Boden in dieser Zeitschrift, deren Herausgeber er 47 Jahre war, gesetzt werden soll, einfach und geschichtlich treu wie sein Leben, es selbst Geschichte war, aber mit Blumen der Liebe und Verehrung mückt.

Aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts, aus der Zeit der Geburt der rnen deutschen Irrenpflege ragt die Gestalt *Laehrs* herüber in unsere

Das Verlangen, das Los der Geisteskranken zu verbessern, ihnen halben Unterkunft in den besten, von Ärzten geleiteten, Anstalten zu haffen, und die reizvolle Aufgabe, das noch fast unberührte Gebiet der nheilkunde vom rein ärztlich-wissenschaftlichen Standpunkte aus in ff zu nehmen, hatte eine Anzahl der besten Geister auf den Plan ge- . Es war die Zeit, in welcher Illenau (1842) und Halle-Nietleben (1844) elbständige (nicht an alte Gebäude aptierte) Krankenanstalten gebaut en, als die *Jacobi, Nasse* sen., *Flemming, Jessen, Damerow, Zeller,* r den Grundstein zu dem Gebäude der psychiatrischen Formenlehre n, unter dessen Dach wir heute noch wohnen, als nach mißglückten ren Versuchen zuerst eine deutsche psychiatrische Zeitschrift von Bestand indet wurde. Wer mit historischem Blick die Männer mißt, welche ls die Anstalten leiteten und die Psychiatrie in die Reihe der medizini- n Spezialwissenschaften einführten, wird den Geist und die Gesinnung ndern, mit welchen sie ihre Aufgabe erfüllten. Ein hohes wissenschaft- s Streben, eine besondere Feinheit der wenn auch oft etwas umständ- n Sprache und eine begeisterte Liebe zu ihrem Berufe kennzeichnen Schriften. Ein Schüler und Freund dieser Männer, ein Erbe ihres Geistes, *Heinrich Laehr.*

Geboren am 10. März 1820 zu Sagan, war *Laehr* der Sohn eines ers, für dessen Tüchtigkeit die Tatsache spricht, daß er in seiner Vater- in einem selbst gebauten Hause eine bedeutende Tuchfärberei („Schön- rei") errichtete und 4 Söhne den gelehrten Berufen zuführte. Die Familie inderreich, der Vater streng und leicht heftig; so ergab sich eine strenge, öchsten Anforderungen an die persönliche Haltung stellende Erziehung. 5 Geschwister starben, und daß ein in der Mitte der zwanziger Lebensjahre nder älterer Bruder geisteskrank wurde, blieb sicher nicht ohne Einfluß die spätere Richtung des jungen *Laehr.* Nach Absolvierung des Gym- ums zu Sorau bezog der 19jährige die Universität Berlin, um daselbst die rhistorischen und propädeutischen Fächer zu studieren, (*Link* Natur- hichte und Botanik; *Lichtenstein* Zoologie; *Mitscherlich* Chemie; *Dove* ik; *Weiß* Mineralogie; *Trendelenburg* Logik; *Steffens* Physiologie; *Schlemm* ologie). In seinem 5. Semester ging er, hauptsächlich durch den Ruf

Digitized by Google

Krukenbergs angezogen, nach Halle, wo er die Richtung seines Lebens erhalten sollte. Er hörte die üblichen Kollegien (*Krukenberg* innere Medizin; *Blasius* Chirurgie und Augenheilkunde; *Hohl* und *Litzmann* Geburtshülfe; *Meyer* Auskultation und Perkussion; *Friedländer* Geschichte der Medizin; *Moser* Anatomie; *Steinberg* Pharmacie; *Schweigger* naturwissenschaftliches Seminar). Von 1842—1843 war er „Unterarzt" an den *Frankes*chen Stiftungen; am 2. August 1843 promovierte er mit der Dissertation „De mutationibus genitalium muliebrium brevi post conceptionem addita disquisitione anatomica virginis statim post coitum defunctae instituta". Man sieht, daß der junge Arzt bis dahin nur seine allgemeine medizinische Ausbildung betrieben und von seinen Lehrern keine besondere Anregung zur Psychiatrie erhalten hatte.

Dennoch lag in der Hallenser Luft etwas von Psychiatrie. In Halle hatte *Reil* gelebt und seinen Schüler *Chr. Fr. Nasse* inspiriert. Auch die Philosophen *Erdmann* und *Schaller* (der Erstere besonders durch sein Buch „Leib und Seele") trugen dazu bei, zum Studium der Seelenheilkunde anzureizen. Man ging in Halle damit um, das alte Irrenhaus in der Stadt zu verlassen und eine andere große Irrenanstalt zu bauen. Da wurde *Laehr* gemeinsam mit seinem Freunde *Hausleutner* von Enthusiasmus für den Gedanken ergriffen, sich der Psychiatrie zu widmen. Und es ist bezeichnend, wie die beiden Freunde ihren Gedanken auffaßten und ausführten. Sie wollten erst noch volle 6 Jahre ihrer weiteren allgemeinen wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung widmen und dann erst in die bis dahin voraussichtlich fertiggestellte neue Hallesche Anstalt eintreten. Erst so ausgerüstet glaubten sie sich an die Psychiatrie heranwagen zu sollen, denn ihnen „erschienen die Psychosen als die Krönung des ärztlichen Wissens"[1]). So sehen wir *Laehr* denn erst 1848 unter *Damerow* als Volontär in Halle eintreten. Für ein halbes Jahr hatte er sich „mit den nötigen Mitteln versehen" d. h. wohl eigenes Vermögen hatte er nicht mehr, und der Volontär sollte außer Kost und Wohnung ganze 5 Taler monatlich erhalten. Indessen rückte er bald zum Assistenzarzt und zum zweiten Arzte auf. Sein Verhältnis zu *Damerow*, welcher den Ruf eines zwar sehr gescheuten aber auch wunderlichen Mannes genoß, war das allerbeste. *Laehr* bewunderte seinen geistreichen Lehrer und hat später immer noch gerne und oft von dessen impulsiver und nicht selten sarkastischer Art und Weise erzählt. *Damerow* bildete einen Mittelpunkt, um den sich die namhaften Irrenärzte der Zeit häufig versammelten, und *Laehr* war auf diese Weise bald in den Kreis eingeführt, in welchem er eine Stelle zunehmenden Vertrauens und Ansehens einnehmen sollte.

Es drängte ihn nach selbständiger Betätigung, und, wo die größte Aufgabe zu lösen nötig schien, dahin zog es ihn. Berlin stand in der Irrenpflege noch ganz zurück; in der neuen Charité befanden sich die heilbaren

---

[1]) *Laehr*, Schweizerhof, Geschichte der Anstalt 1903, S. 6.

Digitized by Google

rren unter einem Dache mit Syphilitischen, Krätzigen und kranken Gefangenen; das frühere Arbeitshaus diente als städtische Irrenpflegeanstalt; eine staatliche Behörde für das Irrenwesen war nicht vorhanden. Ungerufen, nur „vom Geiste geführt", ging *Laehr* in die Hauptstadt und setzte sich mit den städtischen Behörden in Verbindung, in deren Schoße man mit dem Gedanken umging, eine neue Pflegeanstalt zu errichten. Er hoffte, sie von der Notwendigkeit zu überzeugen, nicht eine Pflegeanstalt, sondern eine Heil- und Pflegeanstalt zu bauen. Sein „offenes Sendschreiben an den Magistrat und Gemeinderat von Berlin" (1853) brennt geradezu von Sorge, daß die Stadt den falschen Weg einschlüge, daß sie rückwärts statt vorwärts schritte. Denn getrennte Heil- und Pflegeanstalten gehörten schon damals — und für die meisten Verhältnisse mit Recht — zu einem überwundenen und veralteten System. Berlin war aber noch nicht reif für durchgreifende Entschlüsse auf dem Gebiete des Irrenwesens, und es blieb *Laehr*, wenn er etwas erreichen, etwas Mustergültiges schaffen wollte, nichts anderes übrig, als selber Hand ans Werk zu legen. Er stellte sich, wie er sagt, „die Aufgabe, eine Privatheilanstalt zu gründen, welche . . . von den Mitteln der Kranken selbst erhalten würde, aber ähnliche Bedingungen erfüllte, wie sie die nunmehr öffentlichen darboten". In Zehlendorf fand er die geeignete Stelle, der Hauptstadt zugleich nahe und ferne genug. Die Geldmächte zum Bau wurden gefunden, aber nur gegen 7 % Zinsen. Allmählich wurden die Bedingungen leichter, aber mit dem nötigen weiteren Ausbau wuchsen auch wieder die Kosten, und es gab sorgenvolle Zeiten genug über der Frage, ob das Unternehmen die Kosten tragen könnte. Der Erfolg blieb aber nicht aus; Schweizerhof wurde groß und gesichert. Es umfaßt nach Abzug des Areals von Haus Schoenow, der noch zu erwähnenden Nervenanstalt, gegenwärtig 97½ Hektar und hat außer der großen, zugleich das Wohnhaus des Direktors einschließenden Hauptanstalt 10 Einzelvillen mit im ganzen durchschnittlich 100 Kranken, (jede Kranke 1—2 Zimmer). Ursprünglich wurden männliche und weibliche Kranke aufgenommen, später, um in der Beschränkung Vollkommeneres zu erreichen, nur Frauen. Die Jahresausgaben betrugen im Durchschnitt der letzten 4 Verwaltungsjahre 351375 Mark. Diese wenigen Zahlenangaben mögen genügen, um äußerlich die Bedeutung dieser Privatanstalt zu kennzeichnen. Das innere Leben, welches sich in ihr entwickelte, läßt sich kaum würdig genug schildern. Der Fleiß und die Arbeitskraft, die Vornehmheit und Uneigennützigkeit des Besitzers, sein auf alles Große gerichteter Sinn, sein Blick für die Eigenart der Kranken, die vielseitige musterhafte Organisation, welche er der Anstalt gab, die Feinheit und Liebenswürdigkeit der Gattin, das glückliche Familienleben, welches sich entwickelte, schufen in Schweizerhof ein Gemeinwesen idealster Art, in welchem nichts Kleines, nichts Gewöhnliches Raum hatte. In technischer Beziehung stellte die Anstalt durch ihre Trennung in einen geschlossenen Teil (die Hauptanstalt) und einen freien (die Villen) schon sehr frühe einen Typus dar, welcher von den später gebauten Anstalten noch bis in die neueste Zeit fest-

Digitized by Google

gehalten worden ist, und welchen z. B. auch *Koeppe* schon vorfand und zu würdigen wußte, als er Altscherbitz gründete.

Eine Anstalt wie „Schweizerhof" zu bauen und zu führen, würde schon eines recht leistungsfähigen Mannes Kraft im wesentlichen ausgefüllt haben. Aber nicht das ist das Eigenartige an *Laehr*, daß er darüber hinaus soviel leistete, sondern daß er, der Besitzer einer Privatanstalt, ein so großes öffentliches Ansehen erwarb, daß er der Führer und der Mann des ganz besonderen Vertrauens seiner Kollegen an den öffentlichen Anstalten wurde. Das Ansehen, welches er schon infolge seiner persönlichen Berührungen mit den Fachgenossen besaß, hatte er durch seine Berichte in *Canstatts* Jahrbüchern für die Jahre 1850—1854 und durch seine Schrift „Über Irresein und Irrenanstalten" (Halle 1852) wesentlich gehoben. In der letzteren war die Summe der Erfahrungen und Bestrebungen, die er in seiner Hallenser Tätigkeit gewonnen hatte, in einer Weise niedergelegt, daß darin schon der ganze *Laehr* hervortritt. Er strebte vor allem nach Popularisierung und nach Förderung der Irrenpflege durch die öffentlichen Kräfte. In dem gleichen Bestreben übersetzte er auch die klinischen Vorträge *Guislains*, Professors und Anstaltsdirektors zu Gent, über die Geisteskrankheiten (1853). „Die Psychiatrie hat eine solche Ausbildung erreicht", schreibt er in der Vorrede, „daß kein Arzt sich mehr ihrem Studium entziehen kann." „Auf dem Zusammenwirken der Ärzte und Irrenärzte beruht ebenso das Heil der Geisteskranken wie das der Irrenheilkunde selbst." „Woher soll sich aber der Arzt jene Kenntnisse verschaffen, von denen das Heil des beklagenswertesten Teiles seiner ihn um Hilfe anflehenden Kranken abhängt?" Natürlich aus den Schriften der Irrenärzte. Und *Guislains* Buch hält er besonders deshalb für geeignet, weil auf jeder Seite sich das Gemüt des Verfassers ausdrückt. Denn „noch bedarf es der Teilnahme des Gemüts, um Propaganda für das Interesse an der Irrenheilkunde zu machen". Das ist es eben, das Gemüt treibt ihn zur Propaganda für die Irrenheilkunde; das ist die Signatur seines Lebens, das hat ihn erfüllt, das hat ihn keinen Augenblick ruhen lassen, bis die letzte Stunde kam.

Es gibt denn wohl kaum einen Teil der praktischen Irrenheilkunde, an welchem *Laehr* nicht treibend und helfend mitgearbeitet hat. Nicht in genialen Einfällen, auch nicht so sehr in der eigenen wissenschaftlichen Suche nach den tieferen Zusammenhängen der Geistesstörungen betätigte sich sein Naturell. Er hatte einen großen Überblick über das Gebiet, nun wollte er das nächstnötige und nützlichste tun, praktisch den Geisteskranken das Los bereiten, welches ihr Leidenszustand irgend erreichen ließ. Dazu war ihm dann keine Arbeit zu schwer, kein Opfer zu groß. Im Jahre 1858 übertrugen ihm die Herausgeber der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie *Flemming, Roller, Damerow* die eigentliche Redaktionsarbeit an diesem einzigen Organ, welches die deutschen Irrenärzte damals hatten, und damit floß ihm nun alles zu, was es an geistigen Anregungen innerhalb seines Faches gab. 47 Jahre lang hat er die Feder für die Zeitschrift geführt, unermüdlich, ohne jemals

Digitized by Google

auszusetzen und unter anfangs oft sehr schwierigen Verhältnissen. So zog das preußische Kultusministerium nach längerer Zeit der Unterstützung, in welcher es 40 Exemplare der Zeitschrift bezogen hatte, seine Unterstützung zurück; und es ist sicher, wenn auch nicht im einzelnen zu erweisen, daß *Laehr* diesmal wie auch später noch vor den Riß trat. Zu der Redaktionstätigkeit trat bald die Aufgabe, dem Verein der deutschen Irrenärzte als ständiger Sekretär zu dienen. *Laehr* war wesentlich bei dem Beschluß beteiligt, durch welchen die anfänglich freie Vereinigung sich zu einem festen Verein konstituierte (Frankfurt 1864). Im weiteren suchte er bei jeder Gelegenheit zur Gründung örtlicher Vereinigungen[1]) anzuregen. Der 1867 von ihm ins Leben gerufene Berliner Verein wählte ihn zu seinem Vorsitzenden, und die Sitzungsberichte zeigen, wie unermüdlich *Laehr* bestrebt war, den Verein auch in Zeiten, in welchen der Stoff spärlich zufloß, lebensfähig zu erhalten. Wiederholt hielt er mehrere Vorträge in einer Sitzung.

Es ist begreiflich, daß ihn von allen Unternehmungen der Irrenfürsorge die Errichtung neuer Anstalten besonders interessierte, und es fehlte ihm nicht an der Gelegenheit, seine Befähigung für diese Seite seines Faches zu betätigen. Fast zu gleicher Zeit erhielt er den Auftrag, an dem Bau zweier öffentlichen Anstalten, in Eberswalde und Lengerich, mitzuwirken, dort in Gemeinschaft mit *Flemming*, hier allein. Er verwirklichte in ihnen den Typus der geschlossenen Anstalt mit allen Vorzügen, welche seine Zeit zu finden vermocht hatte, Vorzüge, welche wir z. B. in Lengerich heute noch empfinden. In den 70er Jahren wirkte *Laehr* in der Rheinprovinz mit an der Errichtung der neuen Anstalten (insbesondere Grafenberg), und noch heute, nach der Erweiterung dieser Anstalten, bewähren sich die nach dem älteren Typus gebauten Teile in ihrer Verbindung mit den neuen freieren Abteilungen vortrefflich. Auch die Provinzialirrenanstalt zu Owinsk und die Idiotenanstalt zu Schwerin, das Wilhelmstift und die Anstalt für Epileptische in Potsdam entstanden unter dem ärztlichen Beirat *Laehrs*.

Die deutsche Irrenheilkunde konnte zurzeit, als *Laehr* eine leitende Stellung unter den deutschen Irrenärzten inne hatte, ganz vorzugsweise als das Werk von Praktikern angesehen werden, von Praktikern allerdings, welche auch entschiedene wissenschaftliche Tüchtigkeit bewiesen hatten. Lag hierin gegenüber den sich allmählich mehrenden Berufsklinikern die Gefahr eines Gegensatzes, welcher im allgemeinen glücklich vermieden und im weiteren Verlauf der Dinge in völlige Harmonie aufgelöst worden ist, so führte derselbe in der Hauptstadt Berlin eine Zeitlang zu heißem Kampf. Man kann den alten deutschen Irrenärzten, meist Direktoren von Anstalten, nicht nachsagen, daß sie nicht nachhaltig und eifrig für die Errichtung klinischer Lehrstühle eingetreten wären. Und zu den lebhaftesten Befürwortern derselben gehörte *Laehr*, welcher naturgemäß in ihnen eins der nötigsten Mittel zur

[1]) In betreff des rhein. Vereins s. Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd. 19 S. 267; in betreff des süddeutschen Vereins daselbst, Bd. 24 S. 235.

Digitized by Google

Hebung der Irrenpflege nach außen und innen erkannte.[1]) Nun kam 1865 *Griesinger* nach Berlin, der 20 Jahre zuvor ein glänzendes Lehrbuch über Psychiatrie geschrieben, seither aber sich mit diesem Fache nicht praktisch beschäftigt hatte. Die Situation in Berlin, wo die Kollegen von der Praxis, und unter ihnen besonders *Laehr*, in befestigtem Ansehen standen, und wo die Stadtverwaltung den letzteren auch die Frage nach der Reorganisation des städtischen Irrenwesens nicht vorenthielt, war kritisch. Sie hätte einen ruhigen, zur Kunst des Abwartens befähigten Mann an der Spitze der Irrenklinik erfordert. Der war aber *Griesinger* nicht. Genial, dabei selbstbewußt und reizbar, hielt er sich gleich anfangs von den Kollegen merklich zurück. Über der Leitung der Allgemeinen Zeitschrift, welche er zu übernehmen und in eine neue Bahn zu führen wünschte, entstand die erste Differenz. Nachdem er den Verleger *Hirschwald* zur Herausgabe einer neuen Zeitschrift (des Archivs für Psych. u. Nervenkrankh.) bewogen hatte, veröffentlichte er gleich im ersten Bande derselben seine Reformvorschläge für das Irrenwesen. Seine Ideen, so fruchtbar sie waren, schossen doch guten Teils über das Ziel hinaus, insbesondere lösten sie den noch nicht lange gewonnenen Typus der vereinigten Heil- und Pflegeanstalt durch die generelle Scheidung von Stadtasyl und ländlicher Pflegeanstalt gänzlich wieder auf. Das mußte den überzeugten Vorkämpfer desselben, *Laehr*, zur Verteidigung herausfordern. Gewiß ist es ihm nicht leicht geworden, auf den Kampfplatz zu treten. Aber er fühlte sich verpflichtet und berufen dazu, und er tat es mit der ganzen Wärme und Vornehmheit, welche ihm eigen waren. „Soll dies Fortschritt sein?" rief er aus „nein, Rückschritt[2]) ist es:" und die Geschichte hat ihm im wesentlichen Recht gegeben. Daß *Griesinger* sich durch sein Temperament weit über die Grenzen einer sachlichen Polemik hinreißen ließ, machte den Streit, in welchem auf beiden Seiten bedeutende Ideen verfochten wurden, sehr unerfreulich und hat der Weiterentwicklung unseres Irrenwesens nicht wenig geschadet. Aber die Zeit hat es überwunden, und *Laehr* erlebte es mit wahrer Herzensfreude, daß die damals auch zu dem weiteren Berliner akademischen Kreise vorhandenen, durch den Streit mit gestörten, persönlichen Beziehungen wieder freundschaftliche wurden.

Für eine wichtige Aufgabe der Anstaltsdirektoren hielt er die jährliche Berichterstattung über die Wirksamkeit der Anstalten. Er regte die Bildung der Vereinigung zum Austausch der Anstaltsberichte[3]) an, welche im Jahre 1876 104 Teilnehmerinnen (Anstalten) zählte und gegenwärtig deren 188 umfaßt. Die Berichte sollten als Mittel dienen, die Kenntnis von der Wirksamkeit der Irrenanstalten in weitere Kreise, insbesondere der Behörden,

[1]) Vergl. u. a. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 21 Anhang S. 16, ferner Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 40 und Berliner klin. Wochenschr. 1897, No. 3.

[2]) *Laehr*, Fortschritt? — Rückschritt. Berlin 1868.

[3]) Allgem. Zeitschr. Bd. 32 S. 80.

Digitized by Google

zu bringen, und auch auf diese Weise helfen, das Zutrauen zu denselben zu erhöhen. Er hoffte dadurch zugleich der Gefahr beschränkender und hemmender Einwirkungen seitens der Behörden auf die Aufnahme Geisteskranker in Irrenanstalten zu begegnen, einer Gefahr, welche angesichts der Vorurteile des Publikums gegen die Irrenanstalten bekanntlich nur zu sehr befürchtet werden mußte. Als später die beengenden Aufsichtsbestimmungen über Privatirrenanstalten doch eben kamen, litten sein Selbstbewußtsein und sein Gefühl für die Kranken gleichmäßig darunter. Er betonte mit Recht, daß durch ängstliche Formalitäten die rechtzeitige Aufnahme der Kranken verhindert und statt Vorteil nur Schaden gestiftet werde,[1]) und er hob besonders gerne hervor, daß nach einer Enquête, die er 1888 bei den Irrenanstaltsdirektoren und höheren mit der Anstaltsaufsicht betrauten Medizinalbeamten angestellt hatte,[2]) in Deutschland ein Fall widerrechtlicher Freiheitsberaubung niemals vorgekommen sei. Sein praktischer Sinn und seine Liebe zur Sache ließen ihn auch einen Weg zur Förderung von Studien finden, zu deren Durchführung die Mittel ihrer Unternehmer nicht ausreichen. Er bestimmte für diesen Zweck im Jahre 1903 eine Summe von 50000 Mark, deren Zinsen aber erst zur Verwendung gelangen sollten, wenn das Kapital durch Sammlung auf 100000 Mark gebracht sein würde. Der deutsche Verein gab diesem Fond den Namen Laehrstiftung, was sich *Laehr* glaubte gefallen lassen zu sollen, weil man erwartete, unter diesem Namen um so eher die erstrebte Höhe des Kapitals erreichen zu können.

Ganz besonders aber offenbarte sich sein inneres Wesen in seiner Vorliebe für geschichtliche Studien über die Psychiatrie. Begabte Naturen reizt die Liebe zu einem Fache in ähnlicher Weise, wie die Liebe zu einem Lande, dazu, sich in dessen Geschichte zu vertiefen; ihr Gemüt umfaßt alles, auch das kleinste, was irgend mit ihm in Beziehung steht. So sehen wir auch *Laehr* mit liebevoller Sorgfalt in die Anfänge der Neuropsychologie und des Anstaltswesens eindringen und alles sammeln, was geeignet erscheint, irgend eine Seite derselben zu erhellen. Schon in seiner „Zusammenstellung der Irrenanstalten Deutschlands“ (Berlin 1861) finden wir historische Angaben über die Anstalten. Im übrigen schuf er mit diesem Werkchen ein praktisches Nachschlagebuch, welches später unter dem Titel „Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, der Schweiz und den benachbarten deutschen Ländern“ regelmäßig wiederkehrende Auflagen erlebte und zuletzt von ihm und *Lewald* gemeinschaftlich bearbeitet wurde. Daran schloß sich als Ergänzung „Die Idiotenanstalten Deutschlands usw.“ (Berlin 1874). Eine Fundgrube der verschiedenartigsten Daten gab er aber in den wiederholt vermehrten „Gedenktagen der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern“ (Berlin, 4. Aufl. 1893). Von größerer Bedeutung war „Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie im 18. Jahrhundert, Festschrift

---

[1]) S. „Zur Reform des Irrenwesens in Preußen“, Deutsche med. Wochenschrift 1893.

[2]) S. diese Zeitschrift Bd. 44 S. 526.

Digitized by Google

zum 50jährigen Jubiläum der Heilanstalt Illenau" (Berlin 1892), deren zweite ganz erheblich bereicherte Auflage er als Festschrift zum 50 jährigen Jubiläum der Provinzialheilanstalt Nietleben (Berlin 1895) herausgab. Es bedarf kaum der Bemerkung, wie *Lachr* durch diese Widmungen das Andenken derjenigen Anstalten feierte, mit deren Errichtung die Epoche der neueren deutschen Irrenpflege und zugleich seine eigene irrenärztliche Tätigkeit begonnen hatte. In seiner dritten Literaturzusammenstellung, derjenigen für die Jahre 1459 bis 1799, 3 Bde., (Berlin 1900) fügte er dem wiederum bedeutend vermehrten Inhalt der beiden vorhergehenden noch die Literatur der früheren Zeit hinzu. Welche Arbeit in diesen Büchern steckt, und was sie ihm pekuniär gekostet haben mögen, läßt sich bei einer Durchsicht leicht vermuten. Zu nennen sind hier sodann noch die Jubiläumsberichte „Asyl Schweizerhof usw. nach 25jähriger Wirksamkeit," (Berlin 1878) und „Schweizerhof. Privatheilanstalt, 50 Jahre nach seiner Gründung" (1903) Art. 1, Geschichte der Anstalt; ferner „Ein Blick rückwärts", Festartikel zum 50 jährigen Bestehen der Allg. Zeitschr. f. Psych. (Bd. 50, S. 3ff.), womit die Zahl seiner gelegentlichen historischen Mitteilungen aber nicht erschöpft ist. Seine übrige literarische Tätigkeit knüpfte vorzugsweise an das Anstaltswesen an; alle deutschen Anstaltsberichte und ein Teil derjenigen des Auslandes fanden in ihm ihren regelmäßigen Bearbeiter in dem Literaturbericht der Allgemeinen Zeitschrift. Fast unzählig sind seine kleineren Beiträge, z. B. seine Vorträge im Berliner Verein über alle möglichen Gegenstände aus der irrenärztlichen Praxis. Erwähnt mögen in dieser Beziehung nur werden seine Mitteilung über den Mißbrauch von Morphiuminjektionen,[1]) welche die erste über dieses nachmals so bekannt gewordene Kapitel war; ferner diejenige über prolongierte Bäder,[2]) die ebenfalls eine später zur Wertschätzung gelangte Neuheit darstellte.

Es wäre zu verwundern gewesen, wenn *Lachr* sich nicht auch für die Frage der Vereinsbildung zur Unterstützung hilfsbedürftiger Geisteskranken und zur allgemeinen Förderung des Irrenwesens erwärmt hätte. Sein Gedanke hierüber war ein ganz umfassender. Er wollte[3]) einen über ganz Deutschland verbreiteten Verein zur Wahrnehmung der Interessen der Geisteskranken, von welchem für einzelne Bezirke (Provinzen) Sondervereine abgezweigt werden sollten, fürwahr ein Ziel, von welchem zu wünschen wäre, daß die Zeit seiner Erfüllung noch kommen möchte. Als die Bewegung gegen den Alkoholmißbrauch kam, von seinem Freunde *W. Nasse* ins Leben gerufen, fehlte auch dieser Bestrebung seine Teilnahme nicht. Er gehörte dem Vorstande des Bezirksvereins Berlin gegen den Mißbrauch geistiger Getränke an und beteiligte sich beim Bau der Trinkerheilanstalt Waldfrieden bei Fürstenwalde. Eine große Befriedigung empfand er, als er 1889 während *Westphals* Erkrankung als Hilfsarbeiter ins Medizinalkollegium berufen wurde, in dem

---

[1]) Allgem. Zeitschr. Bd. 28 S. 349.

[2]) Ebenda Bd. 33 S. 335 und Bd. 34 S. 78.

[3]) Allgem. Zeitschr. Bd. 30 S. 50.

Digitized by Google

er blieb, bis *Jolly* sich eingearbeitet hatte, der ihm nachmals ein treuer und verehrter Freund wurde.

Soweit der Blick des Verstorbenen auch gerichtet war, um alles zu umfassen, was die deutsche Irrenheilkunde anging, so pflegte er doch auch mit Sorgfalt seine näher liegenden Beziehungen. In Berlin besuchte er mit großer Regelmäßigkeit den Verein praktischer Ärzte „Heimia“ und ebenso die Sitzungen der „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde“ daselbst. Er gründete 1890 den Verein der Ärzte des Kreises Teltow und leitete ihn bis zuletzt. Seine größte Freude und, kann man sagen, fast seine einzige Erholung waren die Besuche dieser kollegialen Vereine. Die Versammlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte besuchte er nach dem Jahre 1899 (in Halle) nicht mehr, weil ihm weitere Reisen infolge eines Blasenleidens, welches sich eingestellt hatte, zu beschwerlich wurden. Als er wegen beginnender Schwerhörigkeit den psychiatrischen Verein zu Berlin nicht mehr leiten konnte, fehlte er, zum Ehrenpräsidenten ernannt, aber bis zuletzt bei keiner seiner Sitzungen. Die Angelegenheiten seines Kreises erweckten besonders im Beginn des letzten Jahrzehnts sein Interesse, als die Gründung von Kreiskrankenhäusern auf die Tagesordnung gesetzt wurde, was Veranlassung gab, ihn in den Kreisausschuß von Teltow zu wählen. Einige Jahre gehörte er auch der Berlin-Brandenburgischen Ärztekammer als Vorstandsmitglied an.

Bei einer Persönlichkeit wie *Laehr* hat auch die Frage nach seiner religiösen Richtung Interesse. In sein innerstes Gemütsleben konnte man nur bei längerem Verkehr Einblick gewinnen. Seine sensitive Natur scheute äußere Worte; Gemütsangelegenheiten, eigene Empfindungen kamen bei ihm, der nur Pflichten kannte, überhaupt kaum in Betracht. So behandelte er auch das religiöse Moment als etwas ganz Persönliches und Diskretes. In bezug auf andere war er darin von einer Toleranz, daß man hätte denken können, er lege nicht viel Wert darauf. Dagegen, wenn es sich lohnte, wenn ein ernster Zweck es erforderte, ließen seine Äußerungen ein tief religiöses Empfinden erkennen. Demgemäß achtete und pflegte er auch die kirchlichen Einrichtungen. Obschon voller Somatiker in der Psychosenlehre, war er geneigt, die Tätigkeit der Geistlichen an den Irrenanstalten zu begünstigen, und empfahl ihre Anstellung an öffentlichen Anstalten im Hauptamt.[1]) Aber sie durften nach seiner Ansicht nur als Mittel in der Hand des Arztes auf die Kranken einwirken, und er widerstand der Neigung zu hierarchischen Übergriffen, wo er sie bemerkte, sehr nachhaltig. Mit seiner kirchlichen Stellung hängt es aber zusammen, daß er in den Vorstand der Kreissynode gewählt und auch eine Zeit lang Mitglied der Provinzialsynode war.

Es ist ein wahrhaft erstaunliches Bild von Arbeitskraft und Arbeitsdrang, welches uns so aus dem Leben *Laehrs* hervortritt. Da auch die beste Intelligenz den Tag nicht länger machen kann als 24 Stunden, so verdoppelte er die Arbeitszeit. Des Morgens um 7 Uhr kam er aus seinem Schlafzimmer,

[1]) Allgem. Zeitschr. Bd. 37 S. 234.

Digitized by Google

und vor nachts um 12 Uhr ging er nicht wieder dahin zurück. Den ganzen Tag arbeitete er; kaum daß das Mittagessen eine Pause bildete, wurde dasselbe doch inmitten von Kranken eingenommen, welche auch hierbei die Aufmerksamkeit des präsidierenden Hausherren erforderten. *Laehr* arbeitete mit einer emsigen Ruhe und Stetigkeit, die keine Erschöpfung zu kennen schien. Abends nach Tisch saß er arbeitend im Kreise seiner Familie, deren Mitglieder sich unterhalten durften, während er schrieb, und die das Bett aufsuchten, wenn er noch ein paar Stunden sitzen blieb, um weiter zu schreiben. 1889 übertrug er die Leitung der Anstalt einem, später zweien seiner Söhne, nicht, weil er die Arbeit nicht mehr hätte leisten können, sondern weil die Söhne in einem Alter standen, welches ihnen berechtigten Anspruch auf Selbständigkeit gab, und er die zu gewinnende Zeit um so besser auf allgemeine Aufgaben verwenden konnte. Er blieb dabei in allem der beratende Vater und auch noch der Arzt einzelner Kranken, welche von ihrem alten „Herrn Geheimrat" nicht lassen wollten.

Wie fruchtbar er seine freier gewordene Zeit verwendete, läßt sich aus dem Mitgeteilten schon entnehmen. Eine seiner schönsten Errungenschaften fällt aber erst in ein Lebensalter, welches den wenigsten Menschen vergönnt ist zu erreichen. Das war die Nervenheilanstalt Haus Schoenow. *Laehr* hatte schon in frühen Jahren den Gedanken gehabt, auf das Gebiet von Schweizerhof einen Teil der öffentlichen Kranken von Berlin zu übernehmen, ohne die Form dafür im Einvernehmen mit der Stadt Berlin zu finden. Nun hatte die Erfahrung ein verwandtes Bedürfnis gezeitigt. Es gab auch unter den Unbemittelten eine große Zahl von Kranken, welche zu ihrer Genesung zwar keiner Irrenanstalt, aber doch — unter freieren Einrichtungen — der Behandlung in einer Anstalt bedurften. Für diese Personen, welche es galt, vor dem Verlust ihrer Arbeitsfähigkeit und dem Übergang in Geistesstörung zu bewahren, war nirgends gesorgt. Nachdem *Benda* und *v. Krafft-Ebing* literarisch zuerst auf diese Kranken hingewiesen hatten, war *Laehr* etwa zu derselben Zeit, als die bekannte Arbeit von *Moebius* erschien, schon eifrig darauf bedacht, hier mit der Tat zu helfen. Er bestimmte 7 ha des Schweizerhofer Terrains für die in Aussicht genommene Anstalt und hatte das Glück, in dankbaren eigenen Patienten eifrige und opferbereite Förderer dieser Bestrebung zu finden. So waren im Sommer 1897 unter seiner Ägide schon die ersten Projekte entworfen, als ihm Mitteilung wurde, daß von einer Berliner Familie auf Anregung von *Moebius* und *Oppenheim* eine größere Summe zu demselben Zweck zur Verfügung gestellt werde. Man einigte sich zu einem gemeinsamen Vorgehen, und so entstand unter der Mitarbeit mehrerer für die Idee begeisterter Männer und Frauen die erste deutsche Anstalt für unbemittelte Nervenkranke in einer durch die Gunst der Umstände erreichten, außergewöhnlich hohen Vollendung der Anlage und Einrichtung. Eine größere Freude konnte dem Achtzigjährigen nicht werden, als der Erfolg dieser Anstalt, deren Leitung seinem für diese Aufgabe ausgezeichnet vorbereiteten jüngsten Sohne anvertraut wurde.

Digitized by Google

Will man die Erfolge des reichen Lebens unseres *Laehr* abschätzen, so kann
an sie nur neben die bedeutendsten stellen, welche ein Mensch erreichen kann,
)er — muß man hinzufügen — verhältnismäßig. Das soll heißen, daß es auf
m Gebiete der Irrenfürsorge sehr schwer ist, Erfolge zu erringen. Die Gesunden
ıben recht; was sollen die Kranken in unserem Leben voll Kampf und Genuß!
nd gar die Geisteskranken, die nur Geld kosten und nichts nutzen, deren
ıblick den Normalmenschen von alters her nur gruselig macht. Ehe sich
ı die Menschen von ihren Vorurteilen befreien, ehe da ihre Hand sich öffnet,
e Wege gefunden werden, das will was heißen. Sehr vieles, was *Laehr*
strebt hat, so im Anstaltswesen, ist erreicht worden, wenn auch nicht immer
nz so, wie er es dachte. Was er in seiner Anstalt gewirkt, was er seinen
anken war, ist so unberechenbar als der Wert des Gegenstandes seiner
nwirkung, des Gemüts einer großen Zahl von kranken Menschen. Das
ste dieses Erfolges entzieht sich dem Urteil der Welt, wie mehr oder
nder die ganze Arbeit des Irrenarztes. Wir erwähnen deshalb die Zeichen
ßerer Anerkennung, die *Laehr* zuteil wurden, ohne in ihnen einen Maßstab
iner Bedeutung zu erblicken. Er wurde: 1858 Korrespondierendes Mitglied
r K. Gesellschaft in Wien; 1865 Korrespondierendes Mitglied der Gesell-
haft für Natur- und Heilkunde in Dresden; 1866 Ehrenmitgled der Medico-
ychol. Association of Great Britain and Ireland; 1885 Ehrenmitglied der
nischen medizinischen Gesellschaft zu Helsingfors; 1895 Ehrenmitglied des
reins für Psychiatrie und Neurologie in Wien; 1905 Ehrenmitglied des
utschen Vereins für Psychiatrie. 1891 nach Beendigung seiner Tätigkeit
der wissenschaftlichen Deputation erhielt er den Titel Professor. Außer
igen ausländischen Orden besaß er als Anerkennung für freiwillige Leistun-
n bei der Pflege Verwundeter und Kranker die Kriegsdenkmünze von
70 71, ferner den Kronenorden III. Klasse mit dem roten Kreuz auf weißem
lde, den Kronenorden II. Klasse und den roten Adlerorden II. Klasse mit
henlaub.

In den Umständen, unter welchen *Laehr* wirkte, lagen gewisse glück-
he Fügungen, welche seine Erfolge begünstigten und teilweise erklären.
ist das ein Verhältnis, wie es bei Menschen von ungewöhnlichen Erfolgen
ist gefunden wird. Die Zeit bringt bedeutende Männer hervor, Männer,
die Bedürfnisse ihrer Zeit verstehen, und die, indem sie denselben Genüge
sten, von dem Geiste der Zeit getragen und gefördert werden. So war es
der Jugend *Laehr*s die neu erwachende Fürsorge für die Geisteskranken,
welcher noch fast alles zu tun war, und in der dem Berufenen der Erfolg
ht fehlen konnte. Muß man es nicht auch ein Glück nennen, daß er bis
einem Alter von 85 Jahren für seine Ideale wirken konnte? Ein Glück
allem, das aber nicht in äußeren Umständen, sondern allein in ihm selbst
, war das schöne Gleichmaß seiner geistigen und gemütlichen Anlagen,
durch Heiterkeit und tiefes Wohlwollen gemilderter Ernst der Lebensauf-
sung, welchen keine schwere Erfahrung schwankend machen konnte. Über-
upt lag in seinem Wesen eine glückliche Mischung scheinbar gegensätzlicher

Digitized by Google

Eigenschaften, Nachsicht und Milde bei scharfem Blick für die Menschen und ruhiges Gehenlassen bei großer Zähigkeit des Willens. Den vornehmen inneren Menschen unterstützte eine äußerlich höchst eindrucksvolle Persönlichkeit, aus welcher ebensoviel Feinheit als vertrauenerweckende Sicherheit hervorleuchtete. Man würde aber, um zu wissen, warum *Laehr* nicht nur ein hoch beanlagter, sondern auch ein glücklicher Mensch war, einen der wichtigsten Umstände außer acht lassen, wenn man nicht seiner Verbindung mit seiner Gattin gedächte. Sie war es, welche den hellsten Sonnenschein über sein Leben ausbreitete. Wer diese Frau kennen lernte, war nicht nur von ihrer Güte und Freundlichkeit entzückt, er erkannte auch bald, daß sie mit dem zartesten Gemüt eine Verstandeskraft verband, welche sie zur Leitung des großen Haushalts von Schweizerhof und zur Unterstützung ihres Mannes nach allen praktischen Richtungen hin ausgezeichnet befähigte. Zwei Jahre nach der Eröffnung von Haus Schoenow starb sie; ein größerer Verlust konnte den Zweiundachtzigjährigen nicht treffen. Dennoch arbeitete er weiter. Ein Blasenleiden, ausgehend von einer Prostatahypertrophie, hatte, obschon seit fast 25 Jahren bestehend und zeitweilig infolge Mitbeteiligung der Nieren ihn bis an den Rand des Todes bringend, nicht vermocht, seinen starken Körper dauernd zu schwächen. Auch einige Wochen vor seinem Tode war wieder einmal eine Verschlimmerung eingetreten, die aber, wie so manche andere früher, vorüberging. Er hatte bis zuletzt wieder an der Allgemeinen Zeitschrift gearbeitet, da stellte sich plötzlich unter Zunahme der örtlichen Erscheinungen eine große Schwäche ein, welche als die Folge einer inneren Blutung angesehen werden mußte. Die Blutung nahm zu, das Bewußtsein schwand, ärztliches Eingreifen erwies sich als unmöglich, und nach zwei Tagen, am 18. August d. J., trat der Tod ein.

So endete ein Leben von seltenem Reichtum und seltener Schönheit. Mit *Laehr* schwindet der Zeuge eines ganzen Zeitalters der Psychiatrie. Nicht leicht wird es wieder jemandem so wie ihm möglich und vergönnt sein, für die Irrenheilkunde zu wirken; möge uns wenigstens der Geist, in welchem *Laehr* es tat, nicht verloren gehen.

Schaefer.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein sind beigetreten:

die oberfränkische Kreisirrenanstalt Kutzenberg bei Ebensfeld (Bahnlinie Lichtenfels—Bamberg),

die kgl. ungarische Staatsheilanstalt für Geisteskranke in Nagyszeben (Ungarn),

die Heil- und Pflegeanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).

Digitized by Google

Personal-Nachrichten.

Professor *Anton*, bisher in Graz, ist als ordentlicher Professor und Leiter der psychiatrischen Klinik an die Universität Halle a. S.,

Dr. *G. Kolb*, bisher Oberarzt an der Kreisirrenanstalt Bayreuth, als Direktor der neueröffneten zweiten oberfränkischen Kreisirrenanstalt Kutzenberg bei Ebensfeld (Bahnlinie Lichtenfels—Bamberg) berufen worden.

Sanitätsrat *Peretti*, Direktor der Provinzialheilanstalt Grafenberg, hat den roten Adlerorden IV. Kl. erhalten.

Der Inhalt dieses Heftes ist noch fast ganz von dem verstorbenen Hauptredakteur der Zeitschrift zusammengestellt worden, so daß dessen Name mit gutem Recht wie bisher auf dem Titelblatt stehen darf. Erst der neue Jahrgang wird die durch seinen Tod notwendig gewordenen Veränderungen bringen.

Digitized by Google

Verzeichnis der Mitarbeiter.

Redaktion der Allgemeinen Zeitschrift.

Dr. Hub. von Grashey, Prof., Ober-Med.-Rat, Ref. im Kgl. Ministerium des Innern zu München.

Dr. K. Pelman, Geh. M.-R., Prof. der Psych. und Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Bonn.

Dr. H. Schüle, Geh. Rat u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. Illenau bei Achern in Baden.

Dr. Heinr. Laehr, Geh. San.-Rat und Professor, Berlin W.-Zehlendorf. †.

Redaktion des Literaturberichtes.

Dr. F. Schuchardt, Geh. Med.-Rat, Prof. d. Psych. u. Dir. d. Landesheilanst. Gehlsheim bei Rostock.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. Othmar Albrecht, Assist. d. psych. Klinik zu Graz.

„ „ W. Alter, Geh. San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Leubus (Schles.).

„ „ W. Alter, Assist. d. Prov.-Anst. zu Leubus.

„ „ Alzheimer, Priv.-Doz. u. Oberarzt an der psychiatr. Klinik zu München.

„ „ H. van Andel, Generalinspektor der Niederländischen Irren- und Irrenanstalten in Leiden, Holland.

„ „ G. Aschaffenburg, Prof. und Dozent der Psychiatrie an der Akademie zu Köln a. Rh.

„ „ L. Ascher zu Berlin.

„ „ Jul. Bartels, San.-Rat und Nervenarzt zu Hameln.

„ „ Osw. Berkhan, San.-Rat in Braunschweig.

„ „ J. Bernhart, Arzt der Irrenabt. des Krankenhauses zu Frankenthal.

„ „ Ad. Bernstein, Ordinator und Privatdoz. an der Moskauer psych. Klinik.

„ „ H. Bertschinger, Sekundärarzt der Pflegeanstalt Rheinau, Kanton Zürich.

Digitized by Google

Herr Dr. Ernst Beyer, Dir. d. Priv.-Heilanstalt zu Gut Waldhof, Littenweiler bei Freiburg i. B.
" " Bikeles, Assist. d. psych. Klinik zu Wien.
" " O. Binswanger, Geh. Med.-Rat, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Jena.
" " Ernst Bischoff in Klosterneuburg.
" " E. Bleuler, Prof. und Dir. der Irrenanstalt zu Burghölzli, Kanton Zürich.
" " Aug. Bolte, Oberarzt am Jürgenasyl in Bremen.
" " Boncoroni, Privatdoz. a. d. Universität zu Pavia.
" " Adolf Bothe, Dir. d. Prov.-Irrenanst. Eichberg, Nassau.
" " H. Brackmann, Oberarzt der Heilanst. Kolditz.
" " Bratz, Oberarzt der st. Anst. f. Epileptische zu Wuhlgarten.
" " J. van Brero, Arzt der Staatsirrenanst. zu Buitenzorg (Java).
" " J. Bresler, Oberarzt der Prov.-Anstalt Lublinitz in Schlesien.
" " M. Brosius, Dir. d. Kuranst. zu Sayn bei Koblenz.
" " A. Brückner, Geh. San.-Rat u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Kreuzburg (Schlesien).
" " A. Bruns, Prof., Arzt für Nervenkranke u. Oberarzt d. innern Abt. der Kinder-Heilanstalt zu Hannover.
" " L. Buchholz, Prof. und Oberarzt der Irrenanst. Friedrichsberg bei Hamburg.
" " Th. Buder, Assist. d. Landesanstalt Weinsberg in Württ.
" " Gst. Burckhardt, emer. Dir. d. Irrenanstalt Préfargier (Schweiz).
" " Ge. Burgl, Landger.-Arzt in Nürnberg.
" " A. Cramer, Prof. o., Dir. d. psych. Klinik u. d. Prov.-Irrenanst. zu Göttingen.
" " Th. Dedichen, Dir. der Privatheilanst. Ostre-Aker bei Christiania.
" " O. Dees, Direktor d. Kreis-Irrenanst. zu Gabersee.
" " W. Deiters, Oberarzt an d. Prov.-Irrenanst. zu Bonn a. Rh.
" " Max Dessoir, Prof. in Berlin.
" " Chr. Dieckhoff in Konstanz.
" " K. Dittmar, Geh. San.-Rat u. Dir. d. Bez.-Irrenanst. zu Saargemünd. Lothr.
" " Jul. Donath, Privatdoz. a. d. Univers. zu Budapest.
" " C. Dornblüth, Nervenarzt in Frankfurt a. M.
" " L. Edinger, Prof. in Frankfurt a. M.
" " Ge. Eisach, Assist. d. Landesirrenanst. Hall, Tirol.
" " H. Engelken, Dir. d. Priv.-Heilanst. Rockwinkel (Bremen).
" " M. J. van Erb Taalman Kip, 2. Arzt der Irrenanst. zu Dordrecht.
" " W. Falkenberg, Oberarzt an der städt. Irrenanst. Herzberge bei Berlin.
" " A. Fauser, San.-Rat, Oberarzt des Bürgerhospitals in Stuttgart.
" " Ph. Felgner, Ob. Med.-R. u. Dir. der Irrenanstalt zu Colditz.

Digitized by Google

Herr Dr. Fr. Fischer, Geh. Med.-R. u. Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt zu Pforzheim (Baden).
„ „ Jak. Fischer, Primararzt d. psych. Abteilung d. kön. ung. Landesspitals zu Preßburg.
„ „ Max Fischer, Oberarzt in Illenau bei Achern.
„ „ Gust. Flügge, Dir. d. Prov.-Anst. Johannisthal b. Süchteln, Rheinpr.
„ „ Aug. Focke, prakt. Arzt in Koblenz.
„ „ Aug. Forel, fr. Prof. u. Dir. der Irrenanstalt Burghölzli bei Zürich, jetzt zu Chigny bei Morges, Kanton Waadt.
„ „ Walter Fuchs, Arzt a. d. Heilanst. Emmendingen.
„ „ K. Fürstner, Hofrat, Prof. u. Dir. der psych. Klinik an der Universität Straßburg.
„ „ R. Ganter, Assist. der Bezirks-Irrenanstalt zu Hoerdt.
„ „ Fr. Gerlach, Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Königslutter.
„ „ Fr. Gerstenberg, San.-Rat und Direktor der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim.
„ „ M. Gießler, zu Erfurt.
„ „ H. Gock, San.-Rat, Direktor der Prov.-Irrenanstalt zu Landsberg a. W.
„ „ M. Goldstein, San.-Rat, dir. Arzt d. Privatheilanstalt zu Lichterfelde
„ „ A. Gottlob, San.-Rat. in Bonn a. Rh.
„ „ K. Graßmann in München.
„ „ B. Greidenberg, dir. Arzt d. Landes-Irrenanst. zu Charkow.
„ „ L. Greppin, Dir. d. Kantons-Irrenanst. zu Rosegg.
„ „ Groos, Assist. d. psych. Klinik zu Graz.
„ „ Ad. Groß, Dir. d. Bez.-Irrenanstalt zu Rufach i. E.
„ „ Hans Gudden, Professor u. Dir. der psychiatrischen Poliklinik in München.
„ „ P. Guder, Kreisarzt des Kreises Wittgenstein zu Laasphe.
„ „ S. Gutnikow, Assist. d. psych. Klinik in Warschau.
„ „ A. Gutsch, Geh. Hofrat in Karlsruhe.
„ „ A. Guttstadt, Geh. Med.-R., Prof. u. Dez. im Kgl. stat. Bureau in Berlin.
„ „ Habermaas, San.-R. u. dir. Arzt im Schloß Stetten, Württ.
„ „ Hans Haberkant, Assist. a. d. Bezirks-Anstalt zu Hördt.
„ „ Eug. Hallervorden, Privatdoz. in Königsberg.
„ „ Otto Hebold, Dir. d. städt. Heil- u. Pflegeanstalt für Epileptische Wuhlheide bei Berlin.
„ „ Ew. Hecker, Dir. d. Kuranst. für Nervenleidende zu Wiesbaden.
„ „ Aug. Hegar, Assist. d. Heilanstalt Illenau.
„ „ Karl Heilbronner, Prof. zu Utrecht in Holland.
„ „ Ge. Heimann, San.-Rat zu Grunewald b. Berlin.
„ „ Alf. Hellwig, San.-Rat, Primararzt u. Dir. der Schlesischen Landes-Irrenanst. zu Troppau.

Digitized by Google

Dr. Th. Henneberg, Privatdoz. und Oberarzt der psych. Klinik der Charité in Berlin.
„ Ad. Herfeldt, Dir. d. Kreisirrenanst. zu Ansbach.
„ Joh. Herting, Direktor der Prov.-Heilanst. zu Galkhausen.
„ Ed. Hess, Oberarzt der Bezirksirrenanst. zu Stephansfeld.
„ E. Hjertström, Prof. und Oberarzt der Irrenanstalt zu Hernösand (Schweden).
„ Otto Hösel, Oberarzt d. Landesheilanst. zu Zschadras.
„ E. Höstermann, San.-Rat und dir. Arzt der Wasserheilanstalt Mariaberg b. Boppard a. Rh.
„ Aug. Hoffmann, Prof. in Düsseldorf.
„ Ad. Hoppe, Pfullingen in Württ.
„ Hugo Hoppe, Arzt zu Königsberg.
„ Ew. Hougberg, Oberarzt der Heilanstalt Pitkäniemi, Finnland.
„ G. Ilberg, Oberarzt der Landesheilanstalt Großschweidnitz.
„ E. Jacobson, Prof. in Kopenhagen.
„ Dr. Jahrmärker, Privatdoz. und Oberarzt der Prov.-Heilanstalt zu Marburg.
„ M. Jastrowitz, San.-Rat und dir. Arzt an der Privat-Heilanstalt Berolinum in Lankwitz b. Berlin.
„ W. Jessen, Geh. Med.-Rat zu Hornheim b. Kiel.
„ J. Jörger, Dir. d. Irrenanst. zu Realta, Kanton Graubündten.
„ O. Juliusburger, Arzt der Priv.-Heilanstalt Berolinum zu Lankwitz b. Berlin.
„ Th. Kaes, Prosektor der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
„ Siegfr. Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanstalt zu Görlitz.
„ Otto Kaiser, 2. Arzt d. Privatheilanst. Neufriedenheim b. München.
„ Fr. Kalberla, 1. Assist. der Kgl. Klinik zu Halle.
„ F. Karrer, Med.-Rat und Dir. der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster.
„ W. Kellner in Hamburg-Eppendorf.
„ Th. Kirchhoff, Prof., Dir. d. Prov.-Anstalt zu Schleswig.
„ Otto Klinke, Dir. der Prov.-Anst. zu Lublinitz in Schlesien.
„ Osk. Kluge, Dir. d. Anst. f. Epil. zu Potsdam.
„ E. Knecht, San.-R. u. Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Ückermünde.
„ Bernh. Knörr, Oberarzt der Prov.-Heilanstalt zu Landsberg a. W.
„ H. Köberlin, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Erlangen.
„ Ern. Kölpin, Assist. d. psych. Klinik zu Greifswalde.
„ W. König, Medizinalrat, Oberarzt d. städt. Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin.
„ Koeppen, Prof. u. Oberarzt d. Irrenabt. d. Charité in Berlin.
„ Koller, Arzt des Asile de Céry bei Lausanne.
„ P. Kollmann, Großh. Oldenburg. Regierungsrat, Vorstand des statistischen Bureaus.

Digitized by Google

Herr Dr. Herm. Kornfeld, Geh. Med.-Rat zu Gleiwitz.
„ „ S. Kornfeld, 1. Primararzt der Landesanstalt zu Brünn, Mähren.
„ „ P. Kowalewsky, Prof. der Psych. in Charkow.
„ „ E. Kraepelin, Hofrat, Prof. u. Dir. d. psychiatr. Klinik zu München.
„ „ Krainsky, ord. Arzt der psychiatr. Abt. des Gouv.-Hospitals in Charkow.
„ „ H. Kreuser, Med.-Rat, Direktor der Landesanstalt zu Winnental, Württemberg.
„ „ R. Kroemer, Med.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Conradstein in Westp.
„ „ Ed. Kundt, Direktor der Kreisirrenanst. zu Deggendorf.
„ „ Hans Kurella zu Breslau.
„ „ Hans Laehr, San.-Rat, Direktor der Priv.-Heilanstalt Schweizerhof, Zehlendorf.
„ „ Max Laehr, Prof., Dir. der Nervenheilanstalt „Haus Schönow", Zehlendorf.
„ „ G. Lehmann, Geh. Med.-R. u. Dir. d. städt. Irrenanst. zu Dösen bei Leipzig.
„ „ M. Liebe, dir. Arzt an der Anstalt f. Psychisch-Kranke z. Bielefeld.
„ „ J. P. Ph. van der Lith, Prof. u. fr. Arzt an der Irrenanstalt zu Utrecht.
„ „ J. Lucaszewski, Dir. der Irrenanst. Golia b. Jassy.
„ „ G. Ludwig, Geh. Med.-Rat und emer. Direktor der Irrenanstalt zu Heppenheim.
„ „ Max Lustig, Dir. d. Heilanst. Erdmannshain bei Grimma.
„ „ Luther, Assist. d. Prov.-Heilanst. zu Ückermünde.
„ „ L. Matusch, Obermed.-Rat u. Direktor der Irrenheilanst. Sachsenberg bei Schwerin, Mecklenburg.
„ „ P. Mayser, Med.-R. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Hildburghausen.
„ „ Ew. Meltzer, Arzt der Anstalt für schwachs. Knaben in Großhennersdorf b. Herrnhut.
„ „ E. Mendel, Prof. an d. Univ. Berlin.
„ „ A. Mercklin, San.-R., Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Treptow a. R.
„ „ Fr. Meschede, Prof., Geh. Med.-Rat zu Königsberg i. P.
„ „ A. Meyer, Dir. d. Heilanst. für Nervenkr. zu Eitorf (Rheinprovinz).
„ „ Ernst Meyer, Prof., Direktor der psych. Klinik zu Königsberg.
„ „ J. Möbius, Prof., Nervenarzt zu Leipzig.
„ „ Frz. Moeli, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. d. städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Lichtenberg b. Berlin.
„ „ O. Mönkemöller, Oberarzt d. Prov.-Heilanst. Osnabrück.
„ „ Luigi Mongeri in Konstantinopel.
„ „ Em. Moravcsik, Prof. an d. Univ. zu Budapest.
„ „ Fr. Mülberger, Dir. d. Sanatoriums f. Nervenkranke zu Konstanz.
„ „ L. von Muralt, Prof. u. 2. Arzt der Kantonsirrenanst. Burghölzli.

Digitized by Google

Herr Dr. P. Näcke, Med.-Rat u. dir. Arzt a. d. Landesanst. zu Hubertusburg, Kgr. Sachsen.
„ „ Cl. Neisser, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Bunzlau, Schlesien.
„ „ R. Neuendorff, Med.-R. u. Dir. d. Irrenanst. zu Bernburg, Anhalt.
„ „ Georg Neumann in Berlin.
„ „ Frz. Nissl, Med.-Rat, Prof. u. Dir. d. Irrenklinik in Heidelberg.
„ „ H. Obersteiner, Prof. o. der Neurologie a. d. Univ. zu Wien u. Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Ober-Döbling bei Wien.
„ „ L. J. Oebeke, Geh. San.-Rat in Bonn und Landes-Psychiater der Rheinprovinz.
„ „ H. Ortloff, Landgerichtsrat zu Weimar.
„ „ N. Ostermayer, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Budapest.
„ „ R. Otto, San.-Rat, Oberarzt der städt. Irrenanst. zu Lichtenberg bei Berlin.
„ „ A. Paetz, Geh. San.-Rat u. Dir. d. Prov.-Heilanst. „Rittergut Alt-Scherbitz“ bei Schkeuditz, Prov. Sachsen.
„ „ Fel. Peipers, Dir. Arzt der Heilanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.
„ „ J. Peretti, San.-Rat u. Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg bei Düsseldorf.
„ „ A. Pfister, Prof. u. Oberarzt d. psych. Klinik zu Freiburg i. Br.
„ „ L. Pfleger, Hausarzt an d. städt. Versorgungsanstalt zu Wien.
„ „ A. Pick, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik an der Universität Prag.
„ „ H. Pierson, San.-Rat und Dir. der Priv.-Heilanstalt Lindenhof zu Coswig bei Dresden.
„ „ Pringowski zu Lemberg.
„ „ G. Rabbas, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt, Westpr.
„ „ Jul. Raecke, Oberarzt an der Nervenklinik in Kiel.
„ „ Ranschburg, Privatdoz. d. psych. Klinik zu Budapest.
„ „ Chr. Rasch, Oberarzt d. Priv.-Anst. f. Epileptische zu Bielefeld.
„ „ Joh. Redlich, 2. Arzt der Irrenanst. Rothenburg bei Riga.
„ „ P. Rehm, San.-R., Dir. d. Kuranst. f. Nervenkr. zu Blankenburg a. H.
„ „ H. Reich, Med.-Rat u. Bez.-Arzt in Freiburg, Baden.
„ „ M. Reichardt, 1. Assist. d. Psych. Klinik zu Würzburg.
„ „ H. Reimer, Med.-Rat in Stuttgart.
„ „ A. Richter, San.-R. u. Oberarzt d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf bei Berlin.
„ „ C. Rieger, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik zu Würzburg.
„ „ Franco de Rocha, Dir. d. Irrenanst. San Paulo, Brasilien.
„ „ A. Roller, Landgerichtsrat in Waldshut, Baden.
„ „ Em. Roth, Reg. u. Geh. Med.-Rat in Potsdam.
„ „ Em. Rüdin, Assist. d. psych. Klinik zu Burghölzli.
„ „ Th. Saelan, Dir. der Irrenanstalt zu Lappvik bei Helsingfors in Finnland.
„ „ J. Salgó, Prof. u. Primararzt d. k. ung. Irrenanst. zu Budapest.

Digitized by

Herr Dr. Max Sander, dir. Arzt d. Beob. Abt. d. Strafanst. zu Graudenz.
„ „ Ern. Sauerbeck zu Basel.
„ „ A. Schaefer, Assist. der städt. Irrenpflegeanst. zu Lichtenberg bei Berlin.
„ „ Fr. Schäfer, San.-Rat und Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Lengerich, Westf.
„ „ G. Schaefer, Oberarzt d. Staatsirrenanst. Langenhorn bei Hamburg.
„ „ H. Schedtler, Dir. d. Landeshospitals zu Merxhausen.
„ „ F. Schlangenhausen, em. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steiermark) zu Villach.
„ „ Eug. Schlesinger, pr. Arzt zu Straßburg i. Els.
„ „ Karl Schmidt, Assist. d. Prov.-Anst. Altscherbitz.
„ „ A. Schmitz, Dir. der Priv.-Heilanstalt für Nervenkranke zu Bonn.
„ „ Herm. Schneider in Freiburg i. B.
„ „ Fr. Scholz, em. Dir. d. allg. Krankenhauses in Bremen.
„ „ L. Scholz, Dir. d. Prov.-Heilanst. Obrawalde b. Meseritz, R.-B. Posen.
„ „ R. Schroeter, Geh. San.-Rat zu Freiburg i. B.
„ „ E. Schultze, Prof. u. Dir. d. Psych. Klinik zu Greifswald.
„ „ Fr. W. Schulz, Prof. in Jena.
„ „ O. Schwartz, Geh. u. Reg.-Med.-Rat a. D. in Trier.
„ „ O. Schwartzer, Reg.-Rat u. Dir. der Priv.-Heilanstalt zu Budapest.
„ „ L. A. Seeligmüller, Prof. an der Universität zu Halle a. S.
„ „ Karl Serger, Dir. d. Irrenanst. zu Alt-Strelitz.
„ „ H. Servaes, San.-R., dir. Arzt d. Privatanst. Marienbad bei Goslar.
„ „ Fr. Siemens, Geh. Med.-Rat u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. Lauenburg in Pommern.
„ „ Em. Sioli, San.-Rat, Dir. d. städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
„ „ Geza Sipoëz, Assist. d. psych. Klinik zu Budapest.
„ „ Franz Sklarek, Assist. d. städt. Heilanst. zu Dalldorf.
„ „ O. Snell, Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Lüneburg, Prov. Hannover.
„ „ R. Sommer, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Gießen.
„ „ W. Sorbski, Privatdozent a. d. Univ. zu Moskau.
„ „ Joh. Stakemann, dir. Arzt des Asyls für Epil. zu Rotenburg, Hannover.
„ „ W. Stark, Bezirksarzt in Staufen.
„ „ H. Sterz, Dir. der Landes-Irrenanst. zu Sternberg, Mähren.
„ „ C. Strenger in Würzburg.
„ „ Wilh. Strohmayer, Nervenarzt zu Jena.
„ „ Ernst Thoma, Assist. der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau.
„ „ Rob. Thomsen, Prof. u. Dir. d. Privatheilanst. zu Bonn.
„ „ W. Tigges, Geh. Med.-Rat zu Düsseldorf.
„ „ Th. Tiling, Dir. der Irrenheilanst. Rothenburg b. Riga.
„ „ Ad. Tilkowsky, Med.-R., Dir. der nieder-österreich. Landesirrenanst. zu Wien.

Digitized by Google

Herr Dr. Tippel, dir. Arzt der Priv.-Heilanst. Johannisberg bei Kaiserswerth.
„ „ H. Ulrich, Med.-R. u. Dir. d. Kreisirrenanstalt zu Kaufbeuren.
„ „ Fr. Vocke, Dir. der Kreisirrenanstalt zu München.
„ „ J. Mourly Vold, Prof. a. d. Univ. zu Christiania.
„ „ Waldschmidt, Stadtrat in Charlottenburg.
„ „ R. Walter, Dir. der Priv.-Heilanst. zu Lissa, Schlesien.
„ „ O. Wattenberg, dir. Arzt der st. Irrenanst. zu Lübeck.
„ „ G. Weber, Geh. Med.-Rat u. Dir. d. Heilanst. Sonnenstein bei Pirna.
„ „ Wilh. Weber, Privatdozent u. Oberarzt d. Prov.-Anst. zu Göttingen.
„ „ C. Werner, Dir. d. Prov.-Heilanstalt zu Owinsk.
„ „ W. Weygandt, Prof. ao. in Würzburg.
„ „ H. Wildermuth, San.-R., dir. Arzt der Nervenheilanst. zu Stuttgart.
„ „ L. Wille, Prof., fr. Dir. der Irrenanst. und Dir. der psych. Klinik zu Basel.
„ „ W. Willerding zu Grohnde a. d. Weser.
„ „ Fr. Witte, Assist. der psych. Klinik zu Freiburg i. B.
„ „ Gust. Wolf, Prof., Dir. der Psych. Klinik zu Basel.
„ „ Arth. Wreschner in Zürich.
„ „ Th. Zacher, San.-Rat, dir. Arzt an d. Priv.-Heilanst. zu Ahrweiler, Rheinpr.
„ „ Zahn, Nervenarzt in Stuttgart.
„ „ W. Zenker, Geh. San.-R. u. Dir. der Privatheilanstalt Bergquell bei Stettin.
„ „ Th. Ziehen, Geh. Med.-Rat, Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Berlin.
„ „ C. Zinn, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde.

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1904

REDIGIERT
VON
F. SCHUCHARDT
GEHEIMER MEDIZINALRAT UND PROFESSOR O. IN ROSTOCK

AUSGEGEBEN AM 30. DEZEMBER 1905

BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1905.

LICH EIN BAND VON 7 HEFTEN (6 HEFTE ORIGINAL UND 1 HEFT LITERATURBERICHT)
PREIS 24 MARK.

Digitized by Google

Apotheker „Kanoldt's Tamarinden"

(mit Schokolade umhüllte, erfrischende, abführende Fruchtpastillen) s
das angenehmste und wohlschmeckendste

„Abführmittel für Kinder und Erwachsene"

und enthalten die Fruchtsäuren unserer drei beliebtesten Früchte,

Apfel, Citrone, Weintraube

deren vorzügliche Wirkungen auf den menschlichen Organismus ja
hinlänglich bekannt sind, in neutraler, konzentrierter Form.

Schachtel (6 Stück) 80 Pf., einzeln für 15 Pf. *in fast allen Apothek*

◆ *Um die Hälfte billiger,* als die Arzneitaxe zu berechnen gestattet

Allein echt, wenn von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha

Heilstätte „Waldfrieden

bei Fürstenwalde a. d. Spree.

Volksheilstätte für Alkoholkranke

des Berliner Bezirksvereins gegen den Mißbrauch geistiger Get

Einzige Spezialanstalt mit offenen und geschlossenen Abteilungen in vie
derten, im Walde gelegenen Häusern mit zusammen 150 Betten unter psychia
Leitung. — Ausgiebige Beschäftigung auf dem 170 Morgen großen Grundstüc
rationeller Anleitung und Überwachung.

Auskunft erteilt für

den Verwaltungsausschuß: Dr. Waldschmidt, Charlottenburg-Westend Linden-Allee 33

und

die Direktion: Dr. Danckwardt, Heilstätte „Wald bei Fürstenwalde-Spree.

Kurhaus für Nerven- und Gemütskrank

von **Dr. Richard Fischer**

Neckargemünd bei Heidelberg.

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales
unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderun
der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

Prospekte frei durch die Direktion.

Heilanstalt Kennenbur

bei **Eßlingen** (Württemberg)

für psychisch Kranke

weiblichen Gesch

Prospekte frei durch die

Dr. Krauß. Besitzer und Leite

Digitized by Google

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

GRASHEY MÜNCHEN — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

H. LAEHR.

ZWEIUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT

BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1905

Digitized by Google

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1904

REDIGIERT

VON

F. SCHUCHARDT

GEHEIMER MEDIZINALRAT UND PROFESSOR O. IN ROSTOCK

LITERATURHEFT

ZUM 62. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE

BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1905

Digitized by Google

Die Abonnenten und Leser dieser Zeitschrift bitte ich zur Kenntnis zu nehmen, daß nach dem Heimgange *Heinrich Lachrs*, der durch 48 Jahre ihr Leiter war, Herr Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr* unter der Mitredaktion der Herren *Bonhoeffer*-Breslau, *Cramer*-Göttingen, *v. Grashey*-München, *Kreuser*-Winnental, *Pelman*-Bonn und *Schüle*-Illenau vom 63. Bande an die Herausgabe übernimmt, und daß die Herren *Ernst Schultze*-Greifswald und *O. Snell*-Lüneburg vom Bericht über das Jahr 1906 ab die Redaktion des Literaturheftes besorgen.

Wenn zu gleicher Zeit und unter voller Billigung von Herausgeber und Redaktoren eine Preiserhöhung des Bandes von M. 24,— auf M. 30,— eintritt, so wird dies darum notwendig, weil die bislang geltende Bestimmung, wonach der Sollumfang eines Bandes nur 60 Bogen betrug und für die zur Regel gewordenen starken Überschreitungen die Redaktion aufkam, nicht mehr aufrecht erhalten werden kann.

Die beschlossene Preiserhöhung soll dazu dienen, jenes künstliche Gleichgewicht in ein natürliches zu wandeln und durch Erhaltung des Bandumfanges in seiner zur Gewohnheit gewordenen Bogenzahl die Bedeutung und Reichhaltigkeit der Zeitschrift vor Schaden zu wahren.

Berlin, im Dezember 1905.

Georg Reimer,
Verlagsbuchhandlung.

Digitized by Google

1. Psychologie und 2. Psychophysik.

Ref. Arthur Wreschner-Zürich.

. *Richter* und *H. Wamser*, Experimentelle Untersuchung der beim Nachzeichnen von Strecken und Winkeln entstehenden Größenfehler. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane. Bd. 35 S. 321—339.

Die Versuche *Richters* betrafen das Nachzeichnen von Strecken und inkeln. Jene waren 5, 10, 50 und 100 mm lang, diese hatten gleichlange henkel und betrugen 30°, 60°, 120° und 150°; jeder dieser vier Winkel wurde drei verschiedenen Lagen gegeben: Scheitel links oder rechts mit einem rizontalen Schenkel oder endlich Scheitel in der Mitte mit beiden herabingenden Schenkeln („hängende" Winkel). Die Versuchspersonen betrachten die Vorlage, die mit tiefschwarzer Tusche auf Oktavblätter aufgezeichnet ar, fünf Sekunden lang, um sie dann auf Oktavblättern möglichst genau chzuzeichnen, und zwar zunächst aus freier Hand und dann mit dem Lineal, bei Reproduktion der Winkel aus freier Hand die Lage der Schenkel noch sser im Gedächtnis ist. Über die Größenverhältnisse der Vorlage wurde rher nichts gesagt. Versuchspersonen waren: fünf Herren (Beamte und athematiker älteren Semesters), welche jede Vorlage 20mal nachzeichneten; Untertertianer und 30 Untersekundaner eines Realgymnasiums, von denen ersteren zweimal jede Vorlage zeichneten; 50 „Einzelpersonen" und Verf., jeden Versuch 100mal wiederholte. Es handelt sich also um 5500 Verche mit ca. 340 Zeichnungen jeder Vorlage. Die Nachmessung erfolgte erst ch Sammlung des ganzen Materials und zwar mit einem Maßstab bezw. ansporteur bis auf $^1/_2$ mm und $^1/_2°$. Die Tabellen, welche zunächst die fünf assen von Versuchspersonen getrennt und dann alle Klassen zusammen behandeln, ergaben eine Überschätzung der Strecken von 5 und 10 mm und eine nterschätzung der von 50 und 100 mm. Alter und Beruf war ohne Einfluß. r Verf. zeichnete die Strecke von 5 mm zu klein und die von 100 mm zu oß, weil er dort eine zu große, hier eine zu kleine Zeichnung befürchtete. i den Winkeln kam es darauf an, ob sie „hängend" waren oder einen rizontalen Schenkel hatten. Im letzteren Falle trat eine Unterschätzung für und 150° (nur die Untersekundaner überschätzten 150° bei rechtsbefindhem Scheitel, ebenso Verf. 60° bei linksbefindlichem Scheitel), eine Über-

Digitized by Google

schätzung für 120° ein. Bei den hängenden Winkeln wurden 30° und 60° zu groß, 120° und 150° zu klein reproduziert (nur die Untersekundaner unterschätzten schon einen Winkel von 60°). Im Durchschnitt ist bei den hängenden Winkeln der Fehler größer als bei den anderen, offenbar weil bei ihnen die Lage beider Schenkel im Gedächtnis behalten werden muß. In bezug auf die Winkel von 30° bei horizontalem Schenkel unterscheiden sich die einzelnen Klassen von Versuchspersonen: die fünf Herren und die Untersekundaner zeichneten ihn stets zu klein, die Untertertianer und 50 Einzelpersonen zu groß, Verf. zu klein bei links-, zu groß bei rechtsbefindlichem Scheitel. In der Untertertia ist der Fehler etwas größer im Durchschnitt, als in der Untersekunda. — *Wamser* experimentierte unter gleichen Bedingungen mit Strecken von 5, 10 und 120 mm Länge, mit hängenden wie liegenden Winkeln von 40° und 120°; bei den liegenden Winkeln befand sich der Scheitel immer links. Hierzu traten noch 600 Versuche mit Dreiecken, deren Winkel an der Spitze 120° und an der linken Ecke 40° betrug. Versuchspersonen waren bei den Winkeln und Strecken fünf Erwachsene, bei den Dreiecken 40 Mittelschüler im Alter von etwa 10 Jahren. Jede Versuchsperson reproduzierte jede Strecke und jeden Winkel sechsmal. Die *Richter*schen Ergebnisse wurden nur zum Teil bestätigt. Es wurden nämlich auch die Strecken von 120 mm überschätzt, entweder weil bei mehr als 100 mm wieder eine Überschätzung sich einstellt, oder weil der Papierrand zu nahe war. Der Winkel wurde ferner immer zu klein reproduziert mit Ausnahme des hängenden Winkels von 40°. Bei den Dreiecken wurde der Winkel an der Spitze unter-, der an der Basis überschätzt; letzteres ist vielleicht durch ersteres bedingt; jedenfalls aber wird die frühere Beobachtung bestätigt, daß Berge zu spitz gezeichnet werden. — Eine psychologische Erklärung ihrer Ergebnisse versuchen Verf. nicht; nur den Gedanken an optische Täuschungen weisen sie ab, da der Anblick der Kopie dieselben Täuschungsbedingungen darbietet wie das Original. Es handelt sich also eher um Erinnerungstäuschungen. Von der einschlägigen Literatur finden nur kurze Erwähnung die ähnlichen Versuche und Ergebnisse von *Binet* und *Henri* beim Nachzeichnen von Strecken und die Ansichten *Lipps'*, *Filehnes* und *Zehenders* über das Schätzen von Winkelgrößen. Die Versuche sind der Anregung von Prof. *Groos* zu danken.

Das Thema, welches sich die Verf. stellten, ist ohne Zweifel von großem Interesse, namentlich, wie auch in der Arbeit betont wird, für die Pädagogik. Leider läßt jedoch die Methode wie die Verarbeitung viel zu wünschen übrig. Die Versuchsbedingungen werden sehr mangelhaft mitgeteilt: Wie groß war das Intervall zwischen Eindruck und Reproduktion? Wie wurde bei den Massenversuchen der verschiedenen Entfernung und Richtung zur Vorlage Rechnung getragen? Wie viele Damen waren unter den Versuchspersonen? In welchem Alter standen die einzelnen Versuchspersonen? usw. Tabellen, in denen für dieselbe Winkelgröße die Werte der einzelnen Klassen von Versuchspersonen übersichtlich zusammengestellt werden, fehlen. Auf den Geschlechtsunterschied wird keine Rücksicht genommen. Offenbar infolge der

Digitized by Google

mangelhaften Methodik wurden trotz so zahlreicher Versuche so wenig gesicherte Resultate gewonnen; schon die Widersprüche innerhalb der *Richter*schen Versuche, noch mehr aber die zwischen diesen und den *Wamser*schen Versuchen erregen bei einem so einfachen Problem schwere Bedenken. Lieferten doch nach des Verfassers eigenem Geständnis die Untertertianer „verdächtig viel genaue Reproduktionen". Und wie merkwürdig klingt es, wenn im Anschluß hieran es heißt: „Da es aber bei der Verrechnung gar nicht auf diese (sc. die genauen Reproduktionen), sondern auf die Abweichungen vom Vorbild ankommt, konnten die Versuche immerhin mit in Betracht gezogen werden." (S. 323.) Als ob nicht die Zahl der Abweichungen in unlöslicher Abhängigkeit von der Zahl der richtigen Reproduktionen stände! Auch der Grund für die Ablehnung der optischen Täuschungen zeugt von keinem tieferen psychologischen Verständnis. Ein mitbestimmender Faktor für die Reproduktion ist doch auch die Auffassung des Vorbilds und bei dieser macht sich die optische Täuschung geltend.

O. Lipmann. Die Wirkung der einzelnen Wiederholungen auf verschieden starke und verschieden alte Assoziationen. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane. Bd. 35 S. 195—233.

Nach einigen kurzen historischen Bemerkungen über die einschlägigen Versuche von *Ebbinghaus*, *Smith*, *Jost* und *Müller-Pilzecker* schildert Verf. die Anordnung seiner Versuche, welche feststellen sollten, wie sich ändert: 1. der Einprägungswert einer oder mehrerer Neuwiederholungen mit der bereits vorher vorhandenen Assoziationsstärke; 2. die durch eine bestimmte Anzahl von Neuwiederholungen erzielte Verstärkung einer Assoziation mit dem Alter der letzteren. Das benutzte Verfahren war das der Treffer ohne Zeitmessung. Der Lernstoff bestand zunächst aus Reihen, deren jedes Glied eine zweistellige Zahl und einen Buchstaben enthielt; alle Zahlen von 24—97 mit Ausnahme der Quadratzahlen, der Multipla von 10 und 11 und derjenigen Zahlen, deren Ziffern sich um Eins unterscheiden, z. B. 32, wurden verwendet, von den Buchstaben fielen weg h, q, u, x und y. Auf diese Weise blieben ca. 900 Kombinationsmöglichkeiten, von denen 5, 6, 7 oder 8 zu einer Reihe zusammengefaßt wurden. In einer solchen kam eine Ziffer höchstens einmal als Einer und Zehner vor, wiederholte sich ein Buchstabe nie, und war die Reihenfolge im Alphabet stets vermieden; auch stimmten zwei aufeinanderfolgende Reihen weder in einem Buchstaben noch in einer Zahl überein. Gelernt wurde im Trochäus und geprüft wurde durch Vorzeigen der Zahl, worauf hin die Versuchsperson den zugehörigen Buchstaben zu nennen hatte. Die Reihenfolge in der Prüfung wechselte und glich zur Vermeidung des Einflusses von Nebenassoziationen und absoluter Stelle nie der beim Lernen. Da dieser Stoff jedoch leicht zu erlernen war, so benutzte Verf. auch Reihen von je 16 sinnlosen Silben, die nach den *Müller-Schumann*schen

Digitized by Google

Anweisungen aufgebaut waren, und insbesondere vermieden, daß eine Silbe einem sinnvollen deutschen oder fremdsprachlichen Worte glich, in zwei zu einem Trochäus vereinten Silben ein Buchstabe sich wiederholte, in derselben Reihe ein Buchstabe in derselben Stellung wiederkehrte, zweimal derselbe Konsonant hintereinander vorkam oder endlich zwei Silben derselben Reihe in zwei Buchstaben übereinstimmten. Bei der Prüfung wurde immer eine betonte Silbe gezeigt und die Versuchsperson hatte die zugehörige unbetonte anzugeben; hierbei wurde ein derart regelmäßiger Wechsel in der Reihenfolge beobachtet, daß jede Stelle der Lernreihe gleichoft an jeder Stelle der Prüfungsreihe vorkam. Die Glieder einer Reihe waren untereinander geschrieben, und zwar die zu zeigenden mit blauer, die anderen mit roter Tinte. Diese etwa 2 cm breiten Papierstreifen wurden auf Walzen mit horizontaler Achse gespannt; der Walzenumfang betrug je nach der Reihenlänge 22, 26, 30 und 34 cm, so daß jedes Glied etwa 4 qcm einnahm und der Abstand zwischen Ende und Anfang der Reihe immer der nämliche war. Die Rotation war eine ruckweise und erfolgte mittels einer eigens konstruierten Maschine, so daß unter Vermeidung aller Schwindelerscheinungen jede Silbe etwa 1,3 Sek. beim Lernen und 7,8 Sek. bei der Prüfung in ruhender Stellung hinter einem Diaphragma sichtbar blieb; die Sichtbarkeitsdauer war variabel je nach der Anzahl von Stiften, die in das die Walze bewegende Zahnrad eingriffen. Bei den sinnlosen Silben wurden zwei Walzen verwendet, so daß vor Beginn des Versuchs Prüfungs- und Lernreihe aufgespannt waren. Wurde das richtige Element nicht vor dem Erscheinen der nächsten Zahl oder Silbe genannt, dann war es kein Treffer mehr; waren zwei oder ein Buchstabe der genannten Silbe richtig, dann waren es $^2/_3$ oder $^1/_3$ Treffer. Bis eine gewisse Gleichmäßigkeit der Resultate eintrat, fanden Vorversuche statt, in denen auch die zum vollständigen Erlernen einer Reihe nötige Wiederholungszahl für jede Versuchsperson festgestellt wurde; auch nach einer Unterbrechung galt 1 Tag der Einübung. Die Tageszeit war bei einer Versuchsperson immer dieselbe. Als Versuchspersonen dienten sieben Studenten und zwei Damen. Etwaige Ungleichartigkeiten des Lernstoffes glaubt Verf. dadurch kompensiert zu haben, daß er denselben Versuch an vielen Versuchspersonen anstellte. Dem Einflusse von Übung und Ermüdung wurde begegnet durch einen zyklischen Wechsel der Zeitlage, der Wiederholungszahlen oder der Reihenlängen, es wurden nämlich an jedem Tage 3 bis 16 Reihen gelernt. Zwischen je zwei Versuchen verstrichen 2, 5 oder 10 Min. je nach den Versuchsbedingungen. Der Einfluß des Alters der Assoziation wurde ermittelt, indem unmittelbar oder $^3/_4$ Std. oder 24 Std. vorher in bestimmter Anzahl gelesene Reihen nochmals so und so oft gelesen und dann geprüft wurden; da an jedem Tage nur eine alte Reihe gelesen und geprüft werden konnte, wurde hier der zyklische Wechsel der Zeitlage nicht immer durchgeführt. — Zu eindeutigen Ergebnissen führt nur eine Zusammenfassung einer größeren Anzahl von Versuchsreihen zu einem Durchschnittswert. Es zeigt sich dann, daß je mehr Wiederholungen bereits auf die Einprägung eines Stoffes verwandt sind,

Digitized by Google

desto weniger trägt eine neue Wiederholung zur weiteren Einprägung des Stoffes bei". Es nimmt also die Größe des Trefferzuwachses mit der Wiederholungszahl ständig ab. Hiermit ist jedoch der Einfluß der einzelnen Wiederholung auf verschieden starke Assoziationen noch nicht bestimmt: auch konnten bei dieser Verrechnungsweise die bei höheren Wiederholungszahlen eintretenden Trefferzuwüchse nicht berücksichtigt werden, da sie nur bei langsamer Lernenden und deshalb in zu geringer Zahl auftraten. Verf. benutzt daher die Assoziationsstärke in der Trefferzahl, die allerdings auch nur die über der Reproduktionsschwelle befindlichen Assoziationen berücksichtigt, und berechnet durch Interpolation eines stets gleichen Wertes die Vermehrung der verschiedenen bereits vorhandenen Treffer durch eine, zwei usw. Neuwiederholungen. Auf diesem Wege gelangt er zu dem Ergebnis: „Jede Anzahl von Wiederholungen trägt um so mehr zur Erhöhung der Trefferzahl eines Stoffes bei, je geringer dieselbe vorher war." Trägt man die vorhandenen Trefferzahlen als Abscissen die zugehörigen Zuwüchse infolge von einer, zwei usw. Neuwiederholungen als Ordinaten ein, dann erhält man linear verlaufende Kurven durch die Eigenart der Interpolation wie aber auch des Lernprozesses: daß in der Tat auch letzterer mit von Einfluß ist, zeigt der Umstand, daß die Kurven aus wenigen Versuchen mit ihren noch nicht ausgeglichenen Unregelmäßigkeiten nicht geradlinig verlaufen. Der Grund für den abnehmenden Effekt der wachsenden Wiederholungszahl liegt zum Teil in der gleichzeitigen Abnahme der noch zu stiftenden Assoziationen, zum Teil in der Bevorzugung gewisser Assoziationen, die um so mehr zunimmt, je öfter sie sich bereits geltend gemacht hat und nur einen Teil der geistigen Energie für die Hebung neuer Assoziationen über die Reproduktionsschwelle übrig läßt. „Je stärker eine Assoziation ist, um so mehr wird sie durch eine Neuwiederholung verstärkt" infolge der eigenartigen Wirksamkeit der Aufmerksamkeit. Der Effekt hiervon kann sich natürlich nur in der Verkürzung der Trefferzeiten zu erkennen geben. Auch wird nunmehr erklärlich, warum die Trefferzahl durch eine Wiederholung um so mehr gesteigert wird, je kleiner sie vorher war: denn je größer die Trefferzahl bereits ist, um so mehr wird die Aufmerksamkeit auf sie auf Kosten der schwachen Assoziationen abgelenkt. — Durch eine ähnliche Interpolation gelangt Verf. zu dem Satz: „Liefern zwei verschieden alte, gleichlange Reihen gleich viele Treffer, so wird die Zahl der letzteren durch Neuwiederholungen bei der älteren schneller vermehrt als bei der jüngeren — allerdings nur wenn der Altersunterschied mehr als $^3/_4$ Std. beträgt." Es bestätigt sich also der erste *Jost*sche Satz. Denn „eine Neuwiederholung wirkt auf diejenige Assoziation am stärksten, die zu einer beliebigen Zeit vorher am stärksten eingeprägt worden war". Eine einmal sehr gangbare Assoziationsbahn wird selbst nach langer Ruhe leichter wieder in Funktion versetzt, als eine jetzt ebenso leicht, aber niemals in höherem Grade gangbare. Daher werden von zwei gleich alten und jetzt gleich starken Assoziationen diejenige durch eine Neuwiederholung begünstigt, die früher durch eine größere Anzahl von Wiederholungen eingeprägt war.

Digitized by Google

— Als Nebenresultate erwähnt Verf. zunächst den Einfluß der Reihenlänge: Je länger eine Reihe ist, um so mehr Treffer liefert eine bestimmte Wiederholungszahl, und um so größer ist die Vermehrung einer bestimmten Anzahl von vorhandenen Treffern durch eine bestimmte Anzahl von Neuwiederholungen. Da nun in allen Reihen nach der ersten Wiederholung ungefähr der gleiche Bruchteil aller zu stiftenden Assoziationen gebildet ist, so ist der Grund nicht etwa darin zu suchen, daß bei kurzen Reihen nicht alle verfügbare geistige Energie verwendet wurde, sondern in den „leichten" Assoziationen, deren Zahl mit der Reihenlänge wächst, und die selbst bei der längsten hier verwendeten Reihe mit ihren nur acht Assoziationen schon durch die erste Lesung erlernt werden konnten; im Gegensatze hierzu waren die „schweren" Assoziationen selbst der kurzen Reihen nach der ersten Lesung noch nicht reproduzierbar. Da all dies jedoch nur bis zu einer gewissen Grenze gilt, so sind wahrscheinlich nur verhältnismäßig kurze und voneinander relativ wenig verschiedene Reihen, wie es die hier verwendeten waren, gleichmäßig schnell erlernbar. — Was die Fehleranalyse anlangt, so ließ sich infolge der Kürze der Reihen der Gedächtnistyp nicht danach beurteilen, ob die Vokale weniger Fehler zeigten als die Konsonanten, ob die Buchstabenverwechslung mehr durch klangliche als durch optische Ähnlichkeit herbeigeführt wurde usw. Eine Bevorzugung einer bestimmten absoluten Stelle ergab sich nicht; selbst die erste Stelle zeigte nichts hiervon, offenbar weil zwischen ihrer Lesung und Prüfung die relativ längste Pause verstrich. — Den Einfluß mittelbarer Assoziationen maß Verf. an der Häufigkeit von fälschlich genannten Silben, die an zweiter, dritter usw. folgender oder vorangehender Stelle standen. Es zeigte sich, daß die Elemente sich gemäß ihrer Entfernung voneinander assoziieren, daß aber auch andere Faktoren, z. B. optische oder akustische Ähnlichkeit, wirksam sind. Vorwärtsläufige Assoziationen sind häufiger als rückwärtsläufige bei gleicher gegenseitiger Entfernung; auch werden öfter zwei unbetonte Silben als eine unbetonte mit einer betonten verwechselt. — Die Resultate sind sehr oft in dankenswerter Weise an Kurven graphisch veranschaulicht.

Soweit der wesentlichste Inhalt dieser fleißigen und wohldurchdachten Arbeit, welche einen bedeutsamen Fortschritt in der Analyse des Gedächtnisses darstellt. Leider verminderte Verf. die Fruchtbarkeit seines Materials durch Unterlassung der Zeitmessung, wie sich z. B. bei dem verschiedenen Einfluß einer Neuwiederholung je nach der Zahl der vorangegangenen Lesung zeigt. — Die vorgenommene Interpolation ist wegen ihres sehr konstruktiven Charakters von recht zweifelhaftem Werte. — Daß die Anzahl der Versuchspersonen zu gering war, zeigen die zahlreichen Ungleichmäßigkeiten und unausgeglichenen Zufälligkeiten. Warum übrigens nicht dieselbe Reihe mit Prüfung nach jeder Lesung verwendet werden konnte, ist nicht recht ersichtlich. — Daß der Einfluß der Übung und Ermüdung durch den erwähnten zyklischen Wechsel beseitigt wurde, ist kaum wahrscheinlich. Nicht einwandfrei dünkt mir auch die Ausführung über die Wirksamkeit der Aufmerksamkeit.

Digitized by Google

Mit gleichem, wenn nicht mit größerem Rechte läßt sich das Gegenteil behaupten, daß die schwachen Assoziationen in besonders hohem Grade die Aufmerksamkeit auf sich lenken. — Das Niederschreiben der Prüfungselemente in anderer Farbe als der übrigen Elemente dürfte kaum nachahmenswert sein; es kompliziert die Versuchsbedingungen und dies obenein zu ungunsten der Lebensnähe. Die ruckweise Rotation hat gewiß mancherlei für sich, bedeutet aber auch eine Abweichung von dem kontinuierlichen Vorbeischweben der Buchstaben und Worte beim normalen Lesen und Lernen. Endlich sei noch auf eine Reihe von Druckfehlern hingewiesen: Auf S. 223 sind von der fünften Horizontalreihe ab die vierte und fünfte Kolumne vertauscht; in der Gleichung auf S. 215 steht 0 für 0,1; auf S. 222 steht 214 für 210; die Parenthese Fig. 14 auf S. 226 ist an falscher Stelle angebracht usw.

E. Ebert und *E. Meumann*. Über einige Grundfragen der Psychologie der Übungsphänomene im Bereiche des Gedächtnisses, zugleich ein Beitrag zur Psychologie der formalen Geistesbildung. A. Untersuchung der Wirkung einseitig mechanischer Übung auf die Gesamtgedächtnisfunktion. B. Über ökonomische Lernmethoden. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. IV S. 1—232.

Nach dem heutigen Stande der Psychologie ist „die allgemeine Gedächtnisfunktion die allgemeine Eigenschaft der einzelnen Vorstellungen (zentral erregte Empfindungen), Übungsdispositionen zu hinterlassen, auf Grund deren sie vermittelst der Anregung durch äußere oder innere Reize im Bewußtsein wieder auftauchen können". Es gibt also nur eine Übung des Behaltens und Reproduzierens der einzelnen Vorstellungen. Aber die Annahme von Spezialgedächtnissen ist nicht nur logisch, sondern auch empirisch bedingt durch individuelle Begabung, kindliche Entwicklung, pathologische Veränderung und vermeintliche Übungserscheinungen. Und so erhebt sich die theoretisch wie praktisch wichtige Frage nach der Existenz eines allgemeinen Gedächtnisses, nach der Möglichkeit seiner Vervollkommnung durch Übung eines Spezialgedächtnisses nach der psychologischen Erklärung dieser Erscheinung wie des Zusammenhangs der Spezialübungen innerhalb einzelner Gebiete des Vorstellens. Hiermit hängt wieder das Problem der Übung überhaupt engstens zusammen. — All diese Fragen suchen Verf. zu lösen durch zahlreiche systematische Versuche an acht Versuchspersonen, die alle gebildet waren und im Alter von ca. 20—53 Jahren standen; drei dieser Versuchspersonen waren Damen und zwei waren nur an wenigen Reihen beteiligt. Es wurde nun zunächst die Gedächtnisleistung bei Beginn der Versuche festgestellt, und zwar zunächst das unmittelbare Verhalten einer Reihe von Zahlen zwischen 1 und 20 und „reinen" Zehnern. Das Vorsprechen erfolgte

Digitized by Google

im Intervall von etwa 3/4 Sek. und bei Gleichmäßigkeit im Tonfall wie Intensität. Das Weglassen oder Hinzufügen einer Zahl galt als 1, eine Verstellung in der Reihe um mehr als eine Stelle als 3/4, um eine Stelle als 1/2 und eine Korrektur als 1/4 Fehler. Es wurden bei erheblichen persönlichen Differenzen, die auch bei allen anderen Resultaten auftraten und dem Übungsgrade entsprachen, durchschnittlich 7 Zahlen fehlerfrei nachgesprochen (= Nullgrenze), mehr als 33 1/3 % Fehler wurden zum ersten Male gemacht bei 10,33 und mehr als 50 % Fehler bei 11,38 Zahlen. In einem nur an einer Versuchsperson angestellten Ergänzungsversuche, bei dem 10, 12 und 14 Zahlen so vorgesprochen wurden, daß in der Mitte das Intervall verdoppelt wurde, also 1 1/2 Sek. betrug, ging die Nullgrenze bis auf 10 hinauf, auch sonst war die Leistung, offenbar infolge günstiger Verteilung der für die Aufmerksamkeit disponiblen psychophysischen Energie und infolge der Wichtigkeit der Pause gebessert. Die Anzahl der dargebotenen Elemente und das Wie der Darbietung mußte zum Zwecke einer gewissen Einstellung bekannt sein. Das stets sorgfältig aufgenommene und ausführlich mitgeteilte Protokoll ergibt ferner, daß möglichste Hemmung aller übrigen Bewußtseinsinhalte, ja sogar des innerlichen Mitsprechens nötig war, so daß die Versuchspersonen von selbst die Augen schlossen oder verdeckten oder einen Punkt starr fixierten und Muskelspannungen, die nach der Person verschieden waren, empfanden. Endlich zeigten sich schon jetzt die verschiedensten Lerntypen. — Die II. Versuchsreihe ermittelte in gleicher Weise das unmittelbare Behalten von Buchstaben unter Ausschluß von Vokal- und Konsonantenverbindungen; auf etwa 3—4 Konsonanten kam immer ein Vokal, auch das Überwiegen eines gleichen Ausklingens usw. wurde vermieden. Die Nullfehlergrenze lag bei 7,16, die von 33 1/3 % bei 11,16 und die von 50 % bei 12,33 Buchstaben. Die größere Leistung hier im Vergleich zur I. Versuchsreihe rührt von der besseren Einstellung und von der Anregung her; die Aufmerksamkeit sinkt in der Mitte namentlich langer Reihen auf ein Minimum; visuelle Bilder in Umrissen traten bei zögernder und unsicherer Reproduktion auf; auch mnemotechnische Hülfsmittel spielten eine Rolle. — Die III. Versuchsreihe unterschied sich von den vorangehenden nur durch Verwendung von sinnlosen Silben, die nach den Angaben von *Ebbinghaus* und *Müller* aufgebaut, aber keineswegs untereinander stets gleichwertig waren; bei der Fehlerberechnung wurden ein falscher Buchstabe als ein und zwei falsche Buchstaben als zwei Drittel in Ansatz gebracht. Die Nullgrenze lag bei 5,16, die von 33 1/3 % bei 7,66 und die von 50 % bei 8,83 Silben. Die größere Schwierigkeit des Stoffes, vielleicht auch bereits die Ermüdung minderten also die Leistung herab. — Die IV. Versuchsreihe wurde nur an zwei Versuchspersonen angestellt und setzte an die Stelle der sinnlosen Silben einsilbige Substantiva, unter denen auf drei bis vier Concreta ein Abstractum kam. Die entsprechenden Werte waren 6,5, 10,5 und 13,5 Wörter. Der Fortschritt rührte nicht von dem eher zerstreuenden Sinne, sondern von der Übung und dem durch den Sinn bedingten Lustgefühle her. An denselben beiden Ver-

Digitized by Google

suchspersonen wurden in der V. Reihe italienische Vokabeln zur Anwendung gebracht, so daß jedoch die eine Versuchsperson das deutsche und das italienische Wort, die andere nur das letztere auf das durch den Versuchsleiter genannte deutsche Wort hin angab; die entsprechenden drei Fehlergrenzen waren 5, 7.5 und 9. Endlich wurde wiederum nur an diesen beiden Versuchspersonen noch das unmittelbare Verhalten für Strophen aus *Schillers* „Zerstörung von Troja" und für leichtere Stellen aus *Lockes* „Versuch über den menschlichen Verstand" geprüft. Dort wurden 15, hier 17 Wörter fehlerfrei nachgesprochen. Die Fehler wurden hier einzeln bezeichnet und entstanden unter anderem durch Assimilation z. B. „Fichtenholz" für „Kistenholz", durch Korrekturen z. B. „welche" für „die", oder durch Synonyma. — Die folgenden, wieder an sechs Versuchspersonen angestellten Reihen haben das dauernde Verhalten zum Gegenstand und zwar von sinnlosen Silben in der VIII. Versuchsreihe. Die Silben wurden nach dem *Müller-Schumann*schen Verfahren vorgeführt und bildeten zu 10, 12, 14 oder 16 eine Reihe. Gelernt wurde durch Durchlesen der ganzen Reihe (G-Methode) bis zur ersten fehlerfreien Reproduktion und das Wiedererlernen erfolgte 24 Stunden später. Die Silbenhöhe betrug 15 mm, der Trommelumfang 50 cm, am Schluß der Reihe war ein freier Raum für zwei Silben. Die Umlaufsgeschwindigkeit war für die zwölfsilbige Reihe 10 Sek., für die anderen Reihen entsprechend kleiner oder größer. Die Versuchspersonen lasen die Silben halblaut ab, um den Sprachton, Rhythmus usw. protokollieren zu können. Es ergab sich, daß die verschiedenen Lesungen benützt wurden zunächst zur Orientierung über den Charakter der Silben, dann zur Apperzeption mit rein mechanischem Lesen ohne Verzögerung, hierauf zur Rhythmisierung, d. h. zur Assoziation, sodann zur Antizipation der minder akzentuierten Silben durch die akzentuierten und schließlich zur Kontrolle der gestifteten Assoziationen; diese fünf Stadien fließen um so mehr ineinander, je größer die Übung ist. Die *Ebbinghaus*sche Bemerkung, daß die Zahl der Lesungen mit der der Silben unverhältnismäßig zunimmt, bestätigte sich nicht, vielmehr ist die Möglichkeit der leichten Rhythmisierung hier von großem Einfluß. Bei ungeübten Versuchspersonen trat häufig eine extrem hohe Ersparnis beim Wiedererlernen auf. Im übrigen erforderte eine Silbe durchschnittlich 2,115 Lesungen beim Erlernen und 0,49 Lesungen beim Wiedererlernen. Alle Versuchspersonen unterschätzten die Zahl der nötigen Lesungen, wenn nicht Unlust, Ungeduld, Ermüdung u. dgl. das Gegenteil bewirkten. Die IX. Reihe hatte visuelle Zeichen zum Gegenstande, indem je zwei Raumelemente, z. B. ein Strich und Haken, zu einer zwölfgliedrigen Figurenreihe kombiniert wurden. Jede Versuchsperson hatte zwei solcher Reihen, die ebenfalls an der Kymographiontrommel vorgeführt wurden, zu lernen; Umdrehungszeit, Zwischenabstände und Schlußpausen waren die nämlichen wie bei der Reihe von zwölf sinnlosen Silben; das Lernen sollte rein optisch, ohne irgendwelche sonstigen Hülfsmittel erfolgen. Die Unlust war anfänglich sehr groß, aber bei ihrer energischen Unterdrückung und dem wachsenden Interesse an den Reihen steigerte

Digitized by Google

sich allmählich die Konzentration der Aufmerksamkeit und damit die Leistungsfähigkeit. Die Treue und Nachhaltigkeit des Lernen hing in erster Reihe von der Zahl der Lesungen ab. Die Stufen des Lernens waren hier derart, daß nach der Orientierung zunächst artikulierend oder gruppierend verfahren wurde und zwar nach dem Prinzip der Zwei- oder Dreiteilung, wobei diese sich vorteilhafter als jene erwies; hierauf folgte die konstruierende Stufe, in der der Aufbau der Glieder durch Urteil klargemacht wurde; schließlich folgte ein motorisches Lernen unter Zuhilfenahme von irgendwelchen Bewegungen: auch logische Deutungen trat auf; im übrigen ergaben sich wieder die nämlichen Stufen wie bei den sinnlosen Silben. Die Reproduktion erfolgte durch Aufzeichnung auf einem Papierstreifen und war bei allen Versuchspersonen rückläufig, indem nach den ersten vier bis sieben Zeichen die letzten vier bis fünf infolge der Nachbilder vermerkt wurden und die Lücke in der Mitte sich erst allmählich schloß. Die Anzahl der nötigen Lesungen für ein Zeichen war beim Lernen 3,83 und beim Wiedererlernen 0,68. In der X. Reihe wurden 70 italienische Vokabeln in zwei Reihen von je 30 und 40 durch halblautes sukzessives Hersagen des Italienischen wie der zugehörigen deutschen Übersetzung erlernt; es waren Substantiva, Adjectiv, Verba, Adverbia und Numeralia untereinander gemischt; je 20 % konnten Reminiszenzen an das Lateinische oder Französische wachrufen. In der Prüfung, die in der Reihenfolge des Lernens erfolgte, antwortete die Versuchsperson auf das zugerufene deutsche Wort die italienische Übersetzung. Es wurde, wie auch sonst, die Zeit des Erlernens und Wiedererlernens neben der Anzahl der Lesungen notiert. Eine Vokabel machte 0,273 Lesungen beim Erlernen und 0,056 Lesungen beim Wiedererlernen nötig. Durch Anpassung oder Übung oder Anregung wurden von allen Versuchspersonen mit Ausnahme einer Dame die 40 Vokabeln schneller erlernt als die 30. Die einzelnen Phasen des Lernen traten wieder auf, nur war das Rhythmisieren mehr ein Akzentuieren und Isolieren. Die G-Methode wirkte unangenehm. Bei einer Versuchsperson wurde daher einmal eine solche Abänderung getroffen, daß die Vokabeln bis zum kontrollierenden Stadium sämtlich durchgelesen, dann aber nur noch die schwierigen; es erfolgte kein schnelleres Lernen. Auch in der XI. Reihe kam die G-Methode zur Anwendung, und zwar bei zwei Strophen aus Schillers „Zerstörung von Troja“; das Gedichtlernen kam allen Versuchspersonen ungewohnt vor, aber der Stoff berührte zumeist im Gegensatz zu dem bisherigen angenehm; die erste Strophe erschien schwerer als die zweite, und doch kamen nur in dieser Fehler beim Aufsagen und Wiederholen vor; die Lernstufen waren deutlich ausgeprägt: einzelne Stellen wurden als dominierend bezeichnet, so daß sie automatisch die Reproduktion der anderen auslösten. Es waren für eine Gedichtzeile durchschnittlich 0,75 Lesungen beim Erlernen und 0,14 Lesungen beim Wiedererlernen nötig. Bei einer Versuchsperson wurde wiederum ein Versuch hinzugefügt, indem die beiden Strophen zwölfmal ganz und dann nur noch die ersten drei „schwierigen“ Zeilen einmal durchgelesen wurden; diesmal war ein kleiner Vorteil gegenüber der G-Methode zu be-

Digitized by Google

obachten. Endlich kam in der XII. Reihe noch philosophische Prosa aus *Lockes* „Versuch über den menschlichen Verstand" zur Anwendung; der Text umfaßte 20 Druckzeilen und wurde halblaut nach der G-Methode wortgetreu erlernt. Es kamen hierbei häufig Korrekturen durch Synonyma und Weglassungen bis in die letzten Stadien des Lernens vor und zwar vornehmlich an „leichten" Stellen; unterstützend wirkte das besondere Akzentuieren, Modulieren dominierender Stellen und das Verständnis der logischen Beziehungen. Für eine Druckzeile waren im Erlernen 1,45 und im Wiedererlernen 0,3 Lesungen nötig. Je länger eine Lesung dauerte, um so vorteilhafter war sie im Lernen und Wiedererlernen. — Nach dieser Feststellung des Ausgangsstadiums erfolgte die erste einseitig-mechanische Einübung durch Reihen von je zwölf sinnlosen Silben. Hierbei wurden zugleich vier verschiedene Lernmethoden auf ihren Wert hin geprüft, indem die Reihe immer ganz durchgelesen wurde (G = Ganz-Methode), oder zunächst jede Hälfte für sich und dann die ganze Reihe erlernt wurde (T = Teil-Methode), oder die Reihe immer ganz durchgelesen wurde, aber so aufgeschrieben war, daß nach der sechsten oder nach der vierten und achten Silben ein leerer Raum für eine Silbe sich befand (I und II V = vermittelnde Methode). Die Methoden wechselten in ihrer Aufeinanderfolge. An jedem Tage wurden je zwei Reihen erlernt und wiedererlernt und im ganzen von jeder der sechs Versuchspersonen acht Reihen nach jeder Methode. Nach der G-Methode wurde eine Reihe erlernt in 15,41 und wiedererlernt in 5,81 Lesungen; berechnet man die ersten und letzten vier Reihen für sich, dann weisen diese einen Fortschritt von 20,9 % im Lernen und 25,73 % im Wiedererlernen auf. Die entsprechenden vier Werte sind für die T-Reihe 14,44, 6,39, 33,02 % und 18,79 %, für die I—V-Reihe 13,91, 6,2, 22,64 % und 11,09 %, für die II—V-Methode 11,49, 5,6, 19,35 % und 15,56 % und für eine Reihe ohne Rücksicht auf die Lernmethode 13,81 6,23, 97 % und 17,79 %. Der steigenden objektiven Vorteilhaftigkeit nach ordnen sich also die Methoden im Lernen: G, T, I-V und II-V, im Wiedererlernen T, I-V, G und II-V. Der subjektiven Beurteilung nach ist T-Methode, bei der die Assoziation zwischen der sechsten und ersten Silbe zu beseitigen, die zwischen der sechsten und siebenten Silbe neu zu stiften und der Rhythmus häufig zu ändern ist, am unvorteilhaftesten, während die II—V-Methode auch subjektiv das größte Lustgefühl und Interesse erweckte. Manche Reihe wurde als besonders schwierig bezeichnet, wobei sich aber erhebliche individuelle Differenzen zeigten. Das Erlernen wurde immer mechanischer nach Angabe der Versuchspersonen; das orientierende und apperzipierende Lesen nahm immer ab zu gunsten des rhythmisierenden, und zwar zumeist im $^3/_4$ Takt bei der T- und I. V-, im $^4/_4$ Takt bei der G- und II. V-Methode. — Hierauf wurde der Übungseffekt an all den Gedächtnisarten, deren Status bei Beginn der Versuche aufgenommen war, festgestellt. Das unmittelbare Behalten zeigte bei den Zahlen ein Höherrücken der Null-Fehlergrenze um 1,83 = 29,04 % Zahlen und der von $33^1/_3$ % um 5,6 = 56 %. Die Versuchspersonen bekundeten auch bereits größeres Interesse und größere Leichtigkeit im Behalten. Bei

Digitized by Google

den Buchstaben war das entsprechende Plus 2,33 = 36,28% und 3,17 = 28,40% subjektiv wurde ein geringerer Grad von Ablenkbarkeit und Ermüdung konstatiert. Die in gleicher Weise gemessenen Übungseffekte waren bei den sinnlosen Silben 1 = 19,12% und 3,5 = 49,16%, bei den einsilbigen Substantiva 1,5 = 22,61% und 0. Die letzteren Versuche wurden jetzt auch an den anderen vier Versuchspersonen angestellt und ergaben für alle sechs eine durchschnittliche Null-Grenze bei 7,33 und eine solche von 33⅓% bei 12,83 Substantiva. Entgegen der Selbstbeobachtung erwies sich also der Sinn als förderlich. Für italienische Vokabeln stieg die Nullgrenze um 0,5 = 10% und die 33⅓%-Grenze um 4 = 53,33%, und bei Gedichtstrophen wurden 2 = 13,33% bei philosophischer Prosa 2 = 11,76% Worte mehr fehlerfrei nachgesprochen. Beim dauernden Behalten betrug der Übungseffekt für eine sinnlose Silbe 1,28 = 60,66% Lesungen beim Erlernen und 0,22 = 44,89% beim Wiedererlernen. Die Selbstbeobachtug bezeugt eine bessere Ausnützung der Lesungen; die Stufe des rhythmisierenden Lesens setzt schneller und prägnanter ein und dies löst emotionelle Hilfsfaktoren aus, auch werden optische, akustische und motorische Eindrücke wirksamer. Bei den optischen Figuren stellt sich für ein Zeichen ein Minus von 1,6 = 41,77% Lesungen im Erlernen und von 0,33 = 48,52% im Wiedererlernen ein: die Versuchspersonen stimmen darin überein, daß eine rein optische Einprägung ohne konstruierendes und artikulierendes Verfahren unmöglich ist; auch waren die Reihen nicht mehr so unangenehm. Für eine italienische Vokabel waren im Erlernen 0,098 = 35,89% und im Wiedererlernen 0,016 = 28,57% weniger Lesungen nötig; die Versuchspersonen finden das Lernen bereits rein mechanisch und konstatierten eine zentrale Adaptation. Die entsprechenden Werte waren für eine Gedichtzeile 0,15 = 20% und 0,06 = 42,85%; alle Versuchspersonen bedienten sich einer besseren Ausnutzung der logischen Faktoren beim Erlernen und befleißigten sich möglichst bald des antizipierenden Lesens. Eine Druckzeile philosophischer Prosa endlich wurde erlernt in 0,63 = 43,44% und wiedererlernt in 0,2 = 66,66% weniger Lesungen; die die Gedankengänge beherrschenden Stellen werden immer intensiver fixiert und immer schärfer in ihrer ökonomischen Wichtigkeit erkannt und sinnverwandte Wörter werden immer mehr beachtet. Schon hier also zeigt sich durchgängig eine indirekte Übung der Gedächtnisfunktionen; allerdings bedingen die Kontrollversuche selbst schon eine gewisse Übung, wozu noch das Lustgefühl über gesteigerte Tüchtigkeit, das wachsende Interesse am Verlaufe der Untersuchung und die Gewißheit, daß der größte Teil der Arbeit vollbracht ist, trat. Anderseits haben alle Vesuchspersonen namentlich bei dauerndem Behalten einige Lesungen zu viel gebraucht, um das Sichbesinnen zu vermeiden. — Hieran schloß sich eine zweite Serie von Einübungsversuchen, wiederum mit Reihen von 12 sinnlosen Silben nach den vier verschiedenen Lernmethoden, und zwar wurden je 32 solcher Reihen an drei und je 16 an den drei anderen Versuchspersonen angestellt. Bei Zugrundelegung der ersten 16 bei allen sechs Versuchspersonen angewandten

Digitized by Google

Reihen, wurde diesmal eine G-Reihe gelernt in 9,45 und wiedererlernt in 3,95 Lesungen; bei getrennter Berechnung der beiden ersten und beiden letzten Reihen beträgt der Fortschritt im Erlernen 16,49% und im Wiedererlernen 15,38%. Die entsprechenden vier Werte sind für die T-Reihe 7,62 bezw. 4,25 und 16,66% bezw. 8,92%, für die I. V-Reihe 8,04 bezw. 3,87 und 14,34% bezw. 27,77%, für die II. V-Reihe 7,25 bezw. 4,16 und 7,53% bezw. 34,94%. In bezug auf das Erlernen bestätigt sich also das schon erwähnte Verhältnis der vier Methoden, nur gewinnt die T-Methode einen Vorsprung vor der I. V-Methode. Die beiden für das Erlernen günstigsten Methoden sind für das Wiedererlernen am ungünstigsten. Der Fortschritt ist im allgemeinen um so geringer, je schneller eine Methode zum Ziele führt, und scheint im Wiedererlernen um so geringer zu sein, je größer er im Erlernen war. Diese Tatsachen ergeben sich auch bei Hinzuziehung der noch übrigen 48 Reihen, die außerdem noch zeigen, daß der aus sämtlichen Reihen gewonnene Mittelwert für Ersparnis beim Wiederlernen und für den Fortschritt bei diesem wie bei dem Erlernen mit fortschreitender Übung sinkt. Übrigens hat jede Methode ihre Vor- und Nachteile. So hat die T-Methode neben den erwähnten Schwächen den Vorzug, daß die Aufmerksamkeit bei Beginn jeder Teilreihe immer wieder mit voller Kraft einsetzt. Bei der G-Methode läßt allerdings die Aufmerksamkeit in der Mitte der Reihe nach, dafür aber stiftet sie alle Assoziationen in der richtigen Reihenfolge, vermeidet unaufmerksames Wiederholen, hält die Aufmerksamkeit in beständiger Spannung und ermöglicht eine Konstanz des Rhythmus; es ist daher begreiflich, daß diese Methode der subjektiven Beurteilung am zweckmäßigsten erschien. Die beiden vermittelnden Methoden besitzen auch für die Selbstbeobachtung die Vorteile der T- und G-Methode mit Umgehung ihrer Mängel; die II. V-Methode insbesondere wurde subjektiv bevorzugt wegen der Anwendbarkeit des Vorzugsrhythmus und wegen der gleichmäßigen Verteilung der psychophysischen Energie, so daß eine festere Einprägung der Mitte und damit eine angenehmere und sicherere Reproduktion sich einstellt. Bei sehr langer Fortsetzung der Übung nähern sich die Methoden in ihrem Werte immer mehr, indem die Vorteile immer mehr ausgenutzt und die Nachteile immer mehr ausgeschaltet werden; namentlich tritt dieses bei der T-Methode hervor, sobald man sich an den Wechsel des Rhythmus gewöhnt hat. Recht deutlich zeigt sich diese Zweiseitigkeit jeder Methode, wenn man die Dauerhaftigkeit des Behaltens, die ja neben der Schnelligkeit des Erlernens über die Ökonomik des Lernens entscheidet, in Betracht zieht. Zu diesem Zwecke wurde nach einer Woche je eine Reihe nach jeder Methode zum zweiten Male von jeder Versuchsperson wiedererlernt. Die Nachhaltigkeit war dann am größten bei der G-, am geringsten bei der II. V-Methode, und bei der I. V-Methode größer als bei der T-Methode. Im ganzen war bei diesem zweiten Wiedererlernen dieselbe Anzahl von Lesungen nötig wie beim ersten, zum Teil weil nach Angabe der Versuchspersonen die einzelnen Silben um so mehr ihr Charakteristisches verlieren, in je größerer Menge sie bereits erlernt worden sind. Dagegen

Digitized by Google

traten Perseverationserscheinungen nur an zwei Versuchspersonen während abnormer Zustände auf. — Der Schlußquerschnitt, der nunmehr genommen wurde, ergab als Übungseffekt gegenüber dem mittleren Querschnitt ein Plus von 2,33 = 26,38 % Zahlen für die Nullgrenze und von 1,83 = 11,56 % für die 33⅓ % Grenze. Für das Wesen der Übung von Bedeutung sind die subjektiven Angaben, daß eine „technisch rationellere" Gruppierung der Zahlen, eine immer vollkommenere Hemmung der übrigen Bewußtseinsinhalte zu gunsten gesteigerter Konzentration, wachsendes Lustgefühl und immer größere Möglichkeit des Sichbesinnens infolge größerer Ausgeglichenheit der Gesamtgefühlslage und größerer Technik im Isolieren der schwachen Stellen sich einstellt. Die nämlichen Werte für Buchstaben sind 1,83 = 19,46 % und 1,67 = 11,79 %. Auch hier machte sich in der Selbstbeobachtung ein Umschlagen der Unlust in Lust wie auch der Einfluß des Willens bemerkbar. Für die sinnlosen Silben war der Übungseffekt gegenüber dem mittleren Querschnitt 1,17 = 18,99 % bei der Null- und 1 = 8,96 % bei der 33⅓ %-Grenze; das Behalten erfolgt immer mechanischer und die Sinneselemente kommen immer mehr zur Geltung. Bei den Substantiva waren die entsprechenden Werte 1,5 = 20,46 % und 1,33 = 10,36 %. bei den italienischen Vokabeln 1 = 18,18 % und 1 = 8,69 %; die ablenkende Wirkung der einzelnen Substantiva nimmt immer mehr ab. Endlich stieg die Nullgrenze bei Gedichtstrophen um 2 = 11,76 % und bei philosophischer Prosa um 3 = 15,78 %. Soweit die Aufbesserung des unmittelbaren Behaltens. Nicht minder deutlich war der Effekt im dauernden Behalten. Stellt man den Schlußquerschnitt dem mittleren Querschnitt gegenüber, dann wurde bei jenem eine sinnlose Silbe in 0,35 = 43,37 % weniger Lesungen erlernt und in 0,07 = 25,12 % weniger Lesungen wiedererlernt; die Empfindung der Leichtigkeit und Sicherheit, die richtige Vorausschätzung der nötigen Lesungen, der Wegfall von Deutungen, Mnemotechnik usw. kennzeichnen für die subjektive Beobachtung den Übungsfortschritt. Im Anschluß an die Erlernung der zwölfsilbigen Reihe wurde die Festigkeit der gestifteten Assoziationen geprüft, indem nach fünf Minuten langer Unterhaltung die Reihe nochmals aufgesagt wurde; es zeigten sich erhebliche individuelle Differenzen. Für die optischen Zeichen war der entsprechende Übungseffekt 1,33 = 59,64 % im Erlernen und 0,05 = 14,28 % im Wiedererlernen; subjektiv wurde konstatiert Steigerung des Interesses und der Aufmerksamkeitsspannung. ökonomische Verbindung der Sinneseindrücke mit logischen Elementen, konstruierendes Verfahren mit schnellerer Heraushebung von Orientierungsmarken. Vornahme von Deutungen, Abnahme der Muskelspannungen. Für eine italienische Vokabel war die Anzahl der Lesungen gesunken um 0,067 = 38,28 % im Erlernen und um 0,004 = 10 % Lesungen im Wiedererlernen; hiermit verband sich wieder Abnahme der Unlust und zweckdienlichere Einstellung der Aufmerksamkeit. Die entsprechenden Werte endlich für eine Gedichtzeile sind 0,13 = 21,66 % und 0,01 = 12,5 %, für eine Druckzeile philosophischer Prosa 0,32 = 39,02 % und 0,01 = 10 %; bei den Gedichtzeilen kon-

Digitized by Google

statierte die Selbstbeobachtung Beachtung der logischen Beziehungen und intensiveres Lustgefühl; auch bei der Prosa wurde das schnellen Herausheben der wichtigen logischen Momente, daneben das zum Teil visuelle Merken der Folge synonymer Ausdrücke, die akustisch-motorischen Eindrücke durch stark betonendes Aussprechen und die gleichmäßige Gefühlslage als wichtig befunden. Dem wachsenden Übungseffekt nach ergibt sich also folgende Reihe für das unmittelbare Behalten: Substantiva (bei vier Versuchspersonen allerdings erst beim mittleren Querschnitt zum ersten Male angewendet), Gedichtworte, philosopische Prosa, italienische Vokabeln, sinnlose Silben, Buchstaben und Zahlen; für dauerndes Behalten beim Lernen: Gedichtstrophen (zu großes Gefühl der Leichtigkeit und gekünstelte sprachliche Form), italienische Vokabeln, philosophische Prosa, optische Zeichen, sinnlose Silben. Bei weiterer Fortsetzung der rationellen Einübung würde offenbar ein noch größerer indirekter Übungseffekt, der unbegrenzter Natur ist, sich einstellen. Jedenfalls aber erfolgt durch eine spezielle Gedächtnisübung auch eine indirekte Übung der allgemeinen Gedächtnisfunktionen, und diese Mitübung ist um so größer, je verwandter in der Natur des Stoffes, der Lernmittel und Lernweisen die speziellen Gedächtnisse dem einseitig geübten Gedächtnis sind. — Die Nachhaltigkeit der Übung wurde an fünf Versuchspersonen durch vier Reihen von 12 und 16 Silben nach der G- und T-Methode geprüft; das Wiedererlernen kam in Wegfall; das Intervall zwischen diesen Ergänzungsversuchen und dem Schlusse der eigentlichen Untersuchung war 75, 91, 146 und 156 Tage. Es ergab sich zumeist ein noch schnelleres Erlernen als vor dem Intervall; subjektiv wurde der Wegfall störender Faktoren während der Untersuchung bemerkt. — In dem letzten Kapitel werden aus diesen objektiven und subjektiven Befunden die theoretischen und praktischen Folgerungen gezogen. Es zeigt sich zunächst ein bedeutender Unterschied zwischen unmittelbarem und dauerndem Behalten. Jenes gleicht den physiologischen Nachbildern von Sinneseindrücken, die Reproduktion findet nur auf Grund einer unmittelbaren Nachwirkung der Eindrücke statt, so daß von dauernden Übungsdispositionen keine Rede ist: dagegen sind diese für das dauernde Behalten, das eine Reproduktion im engeren Sinne verlangt, das eigentlich Charakteristische. Für das unmittelbare Behalten ist daher eine einmalige höchst intensive Konzentration der Aufmerksamkeit mit möglichst vollständiger Hemmung aller Störungen die Hauptbedingung, für das dauernde Behalten dagegen die Wiederholung der Eindrücke und ein mechanisches Moment, während die Aufmerksamkeit nur eine Mitbedingung ist. Eigentümlich dem unmittelbaren Behalten sind ferner die rückwärts wirkenden Hemmungen, indem eine Störung auch die schon eingeprägten Eindrücke auslöscht. Personen mit gutem, dauerndem Behalten zeigen oft ein schlechtes unmittelbares Behalten und umgekehrt. Bei den gewöhnlichen Gedächtnisversuchen und sinnlosen Silben wirkt auch das unmittelbare Behalten mit, wie die Versuche nach der T-Methode zeigen. Sinnvolles Material wird leichter behalten als sinnloses. Lust fördert, Unlust, wechselnde Stimmung und übermäßige

Digitized by Google

motorische Spannungen hindern die Arbeit des Gedächtnisses. — Ob nicht durch das Lernen sinnloser Silben eine elementare allgemeine Gedächtnisbedingung, das mechanische Moment, geübt wurde, lassen Verf. dahin gestellt; man müßte in Zukunft noch andere Spezialgedächtnisse, z. B. das für Farben und Töne, zur Einübung benutzen und den Effekt auf eine noch größere Anzahl von Gedächtnisarten untersuchen, wobei allerdings zu bedenken ist, daß mit der Vergrößerung des Querschnittes die Gefahr der Einübung durch diesen wächst und jedes Spezialgedächtnis allgemeine Gedächtnisfunktionen enthält. Nimmt man aber die allgemeine Gedächtnissteigerung durch spezielle Gedächtnisübung als gesicherte Tatsache hin, dann läßt diese eine Reihe von Erklärungsmöglichkeiten zu. Es kann zunächst ein Allgemeingedächtnis geben in ähnlichem Sinne, wie die Psychologie des 18. Jahrhunderts von einem Gedächtnisvermögen sprach. Es kann zweitens eine Mitübung nur verwandter Gedächtnisfunktionen vorliegen, die dann psychophysisch noch zu erklären wäre. Drittens könnte es sich um eine Verbesserung allgemeiner psychischer Funktionen handeln, z. B. Vervollkommnung der Aufmerksamkeit, Ausgleich der Gefühlslage, Herbeiführung von Lust, Beseitigung von Unlust und störender Spannung, stärkere Ausbildung der Willensmomente oder Verbindung aller dieser Faktoren. Viertens könnte man an den Erwerb einer Lerntechnik durch zweckmäßige und ökonomische Verwendung von Kunstgriffen denken. Auf Grund ihrer Versuchsergebnisse, namentlich in bezug auf die abgestufte Mitübung, halten Verf. die zweite Möglichkeit für eine erwiesene Tatsache, daneben aber hat sich auch die dritte und vierte Annahme als berechtigt gezeigt. — Für das Wesen der Übung ergeben diese Versuche, daß das Bewußtsein im Anfangsstadium der Einübung mit einem gewissen Aufwand von Nebenvorgängen arbeitet, die später infolge der Mechanisierung als überflüssig oder gar schädlich ausgeschaltet werden, so notwendig sie auch im Anfang sind. Alle Übung durchläuft also eine Anzahl von Stadien, innerhalb deren sich die einzuübende Tätigkeit qualitativ verändert im Sinne einer Vereinfachung: es wird aus Elementen von bereits geläufigen Tätigkeiten eine neue, dem speziellen Ziel vollkommen angepaßte Kombination von Tätigkeiten geschaffen, so daß alle psychophysische Bahnung anfangs eine Benützung älterer Bahnen ist, aus denen durch Ausschaltung unzweckmäßiger Elemente und durch eine immer unmittelbarere Aneinanderfügung der direkt zum Ziele führenden Bahnteile eine neue Bahn, der Weg der direkten Assoziation, gebildet wird. Auf diese Weise entsteht die Mechanisierung. Die Bildung der ersten Bahnen im kindlichen Gehirne beruht auf vererbter Disposition. Der zentrale Vorgang der Übung ist ein Willensphänomen, insofern der Entschluß, eine Vervollkommnung herbeizuführen, zu den Wiederholungen der Eindrücke hinzutreten muß; dieser Wille setzt alle zur Erreichung des Zieles notwendigen Hilfsvorgänge in den Dienst dieses einen Zieles und wird mit dem Übungsfortschritt von selbst immer lebhafter. Der Übungsfortschritt erzeugt sich ferner von selbst die günstige Stimmungslage: Lust am leichteren Gelingen, Bewußtsein der Sicherheit und der Herrschaft über die betreffende

Digitized by Google

Tätigkeit, Voraussicht des Erfolges usw. Auch das Interesse an der formalen Tätigkeit mit einer gleichzeitigen Übertragung der Lust auf den Inhalt, der übrigens allmählich selbst eine Lustquelle wird, ist ein Produkt der Übung. Die Mittel zur Erwerbung und Befestigung von Übungsdispositionen sind: einerseits Steigerung der psychophysischen Erregbarkeit bei der Tätigkeit durch Konzentration der Aufmerksamkeit, Lustgefühl und motorische Spannungen, anderseits Dauer und Wiederholung des Vorgangs. Eine allzu gehäufte Wiederholung ähnlicher Inhalte hindert den Übungsfortschritt; daher sind Pausen förderlich, in ihnen wird das Bewußtsein frei von hinderlichen ähnlichen Inhalten, bildet sich die zentrale Disposition latent fort und findet eine Erholung in den Zentren statt. — Um das Verhalten der Aufmerksamkeit noch zu verfolgen, wurden an drei Versuchspersonen Ergänzungsversuche angestellt, in denen je fünf Reihen von zwölf sinnlosen Silben nach jeder der angegebenen vier Lernmethoden so erlernt wurden, daß nach je zwei Lesungen das Erlernte aufgesagt wurde; dieses unterbrechende Verfahren wurde bis zur erstmaligen fehlerfreien Reproduktion der ganzen Reihe fortgesetzt. Es zeigte sich, daß, wie bei einem Brückenbau, zunächst die beiden Enden und zum Schluß erst die Mitte erlernt, ja zuweilen auch aufgesagt wird. In der I. V-Reihe bildet sich daher in der Mitte ein Stützpfeiler, und in der II. V-Reihe treten zwei solche Stützpfeiler dort auf, wo die Aufmerksamkeit durch die Pausen sich von neuem konzentriert; auch bei der G-Methode können solche Mittelpfeiler durch auffällige Silben errichtet werden, der Silbenaufbau erfolgt vom Vokale aus, an dem die Aufmerksamkeit länger haftet; öfter treten auch Umsetzungen von Konsonanten sowie Verschmelzungen zweier Silben zu einer auf. — Die Lerntypen waren im allgemeinen während der ganzen Untersuchung konstant, aber manche wechselten auch die Lernmittel. Der Visuelle sagte sofort nach der letzten Lesung auf, der Akustiker konzentrierte sich erst allmählich auf die Klangbilder des „Anfanges"; auch kann jener sich lange auf etwas Entfallenes besinnen, benutzt nebenbei auch die akustisch motorischen Hilfsmittel und neigt zu einem analysierendem Verhalten der Aufmerksamkeit; der Akustiker betont pointiert und artikuliert scharf rhythmisch; diejenige Versuchsperson, welche mit allen Sinneselementen arbeitete, zeigte den größten Übungsfortschritt. — Für die Praxis begnügen sich die Verf. mit dem Hinweis auf die große Bildungsfähigkeit des Gedächtnisses bei einer rationellen Übung selbst noch im reiferen Alter und an Stoffen, die gemeinhin als nur vom jugendlichen Gedächtnis erfaßbar gelten. Die Schule hat in dieser Beziehung durch größere Berücksichtigung der formalen Bildung noch vieles gut zu machen; allerdings soll sie nicht sinnloses Material verwenden, aber einen einheitlichen Plan für die Gedächtnispflege an dem sinnvollen Stoff der Lehrpläne während der ganzen Schulzeit schaffen; ein Lehrer muß daher möglichst dieselben Schüler behalten und die Mitarbeit des Elternhauses ist nach Möglichkeit auszuschalten. Auch muß die Schule systematisch über die rationelle Gedächtnispflege belehren und über die Nutzlosigkeit der unpsychologischen Mnemotechnik aufklären.

Digitized by Google

E. Becher, Experimentelle und kritische Beiträge zur Psychologie des Lesens bei kurzen Expositionszeiten. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 36, S. 19—73.

Verf. greift mit dieser Ausführung in den Streit zwischen *Erdmann-Dodge* und *Wundt-Zeitler* ein. Er bediente sich bei seinen Versuchen oft des *Erdmann*schen Tachistoskops und sucht es daher gegen die Einwände *Wundts* zu verteidigen. Im Gegensatze zu diesem nimmt er nämlich neben der totalen auch eine partiale Netzhautadaptation an, wie schon die Tatsache negativer weißer oder schwarzer Nachbilder auf kontrastierendem Grunde beweist; da solche Nachbilder auf allen Netzhautpartien auftreten, so entsteht die Adaptation nicht ausschließlich oder vor allem, sondern nur leichter von der Peripherie aus. Auch ist die Mattglasplatte bei dem *Erdmann*schen Tachistoskop so groß, daß auch periphere Netzhautstellen getroffen werden und die Adaptation sich leicht auf die äußerste Peripherie ausbreiten kann. Natürlich bleibt immer noch eine Differenz zwischen der Adaptations- und Expositionshelligkeit; sie entspricht der zwischen den Augenblicken der Augenbewegung, da das Schwarz der Buchstaben und Weiß des Hintergrundes in schneller Aufeinanderfolge dieselbe Netzhautstelle treffen, und denen der Ruhepausen, in denen nur einzelne Netzhautstellen von dem Weiß des Hintergrundes nicht belichtet werden. Gegen starke Adaptationsstörungen spricht schon die Menge des Gelesenen wie das Fehlen der charakteristischen Unlustgefühle. Bei seinen eigenen Versuchen stellte übrigens Verf. sicher eine Belichtung der Peripherie her, da zur Kontrolle der Augen des Lesenden vorn über diesem und dem Apparate sich eine Gasglühlichtlampe befand; es waren also ähnliche Verhältnisse geschaffen wie während des Lesens beim Lampenlicht, das doch ein normales ist. Denn auf Grund tachistoskopischer Versuche hält Verf. den Unterschied zwischen den verschiedenen künstlichen Lichtarten und dem Tageslicht nicht für so bedeutend, wie es *Wundt* darstellt; namentlich das Gasglühlicht steht dem Tageslicht in vieler Beziehung sehr nahe; auch ist bei Tageslicht eine Konstanz der Belichtung in Stärke, Richtung und Farbe unerreichbar. Andererseits setzt Verf. an dem *Wundt*schen Tachistoskop aus, daß das schwarze Schild mit der Fixationsmarke groß genug ist, um das Gesichtsfeld des Fernrohres auszufüllen; da nun der übrige Teil des Auges durch die Verschlußplatte des Okulars bedeckt ist, so ist trotz der Tagesbeleuchtung keine vollkommene Helligkeitsadaptation erreicht, zumal da diese nach der Entfernung des Auges vom Okular schwankt. Indes Leseversuche bei Funkenbeleuchtung während Hell- und Dunkeladaptation zeigten dem Verf., daß überhaupt der Einfluß dieser Unterschiede der primären und reagierenden Helligkeiten gering ist. Viel bedenklicher, namentlich bei längerer Expositionszeit, ist die Abwärtsbewegung des Schirmes bei dem *Wundt*schen Falltachistoskop; sie täuschte vielleicht die Aufmerksamkeitswanderungen während der Exposition vor, die erst nach der Bewegung des Fixationspunktes beginnt. — Eine Mitwirkung der Nachbilder konnte

Digitized by Google

bei seinen Versuchen, weder bei den tachistoskopischen noch bei denen unkenbeleuchtung beobachten; ebensowenig fand er, im Gegensatze zu lt, Unterschiede der Nachbilddauer je nach der Beleuchtungsart. Er chtete durch zwei Lichtarten, welche durch Verschiebung der Lichtquellen iner optischen Bank für die einfache Abschätzung gleiche Intensität ı, zwei Spalten, so daß ihre Bilder in wechselndem Abstande auf einem eißen, durchscheinenden Schirme von Pausleinwand entworfen wurden; Bilder wurden bedeckt mit schwarzen oder grauen Papierschirmen, die r Mitte eine Öffnung zur Fixation und symmetrisch hierzu zwei größere, ieden geformte Öffnungen von wechselnder Entfernung hatten; die onsöffnung wurde von einer beliebigen Lichtquelle beleuchtet, während eiden anderen Öffnungen ihr Licht von den zu vergleichenden Spalten ugen. Gesehen wurde monokular bei fixiertem Auge; die Belichtungs- war von 1/2 bis 20 Sek. veränderlich; auch die Lichtintensität der n Öffnungen wie der Beleuchtungszustand des Zimmers (völlige Ver- lung, wechselndes Tages-, Gasglüh- und elektrisches Glühlicht) wurde dert. Nach der Belichtung wurden die Augen geschlossen oder auf graue oder schwarze Flächen gerichtet. Es zeigte sich immer eine schnelle Abnahme der Farbenverschiedenheit im Nachbild und beide ilder verhalten sich analog in Wechsel und Mannigfaltigkeit der Fär- Intensität und Gestalt. Da das gleichartige Verhalten auch von den iven Nachbildern gilt, so ist die gleichartige Adaptationswirkung bei so verschiedenen Farbennuancen erwiesen; dementsprechend ist auch die ge Farbendifferenz zwischen künstlicher Beleuchtung und Tageslicht bei urzen Belichtungszeiten und den verschiedenen Intensitätsverhältnissen Expositions- und reagierenden Beleuchtungen am Tachistoskop ohne Be- ng für etwaige Nachbilder. In der täglichen Erfahrung kommt dem lichen Licht nur deshalb größere Nachbildwirkung als dem Tageslicht eil dort größere Helligkeitsdifferenzen vorhanden sind. Wie wenig die ilder das Erkennen von nur kurze Zeit sichtbaren Gegenständen erleich- zeigt die Unsicherheit über die Form von Blitzen, selbst während der t. Um aber den Betrag der Nachbilddauer, der möglicherweise zur sitionszeit hinzukommt, zu berechnen, stellte Verf. folgende Versuche Auf einer optischen Bank befand sich verschiebbar eine Gasglühlicht- e oder ein Flachbrenner, wodurch eine Mattglasplatte beleuchtet wurde; auf r war ein Blatt schwarzes Papier mit zwei Öffnungen von je 2 cm im Quadrat klebt, zwischen denen sich in der Mitte eine kleine Fixationsöffnung befand; nem der beiden Quadrate wurde ein schwarzer Papierstreifen, der zumeist n lang und 1/2 mm breit, zuweilen aber auch von größeren oder kleineren nsionen war, auf die Mattglasplatte geklebt; bei anderen Versuchen le dieser auch zur Fixation und das größere Papier mit den drei Öffnungen weg. Als reagierendes Licht diente eine mehr oder weniger beleuchtete d; die Belichtungszeit des Auges variierte von 1—31 Sek. je nach der nsität, welche von einem unteren Werte an verneunfacht wurde. Die

Digitized by Google

Nachbilder wurden im Hellen oder vermittelst einer Kamera im Dunkeln bec
achtet. In beiden Fällen verschwand bald der Streifen aus dem Nachbil
während dieses noch fortdauerte; je schmaler jener war, um so schneller v
schwand er; die Nachbilder der beiden Quadrate wurden bald nach dem A
hören der Belichtung einander ähnlich; am deutlichsten war die Erscheinu
bei einem Abstande von 60 cm zwischen Lichtquelle und Schirm und
einer Fixation von 2 Sek. Bei einer anderen Versuchsreihe waren mehr
Papierstreifen nebeneinander im Abstande der senkrechten Linien der Bu
staben angebracht. Wiederum verschwanden die einzelnen Streifen im Na
bilde schnell, während ein dem Gesamtkomplex der Streifen entsprechen
Fleck länger anhielt, so daß beim Tachistoskop höchstens ein Nachbild
gröberen Gesamtform das Erkennen erleichtert; aber auch diese Wirku
kann nur gering sein, da sie durch die bald eintretenden Komplikation
in bezug auf Farben und Form des Nachbildes stark beeinträchtigt wi
Ähnlich waren die Ergebnisse bei sehr starker Beleuchtung durch den Öffnun
funken eines Induktoriums; die Mattglasplatte mit einem schwarzen Streif
von 1 cm Länge und 1 mm Breite befand sich hier 4 cm von der Funk
strecke und 40 cm vom Auge entfernt. Es erschien nach dem Funken
schwarze Strich in einem sehr hellen Felde von etwa 4 cm Durchmess
das nach außen in ein schwächer beleuchtetes Feld überging; bald aber v
engert sich das helle Feld und der schwarze Strich verschwindet; dar
tritt Dunkelheit ein, um wieder einem erneuten von der Mitte her sich au
breitenden hellen Felde von geringer Intensität und ohne schwarzen Stri
Platz zu machen; namentlich in dieser Phase treten deutliche Farbennun
schiede auf. Im erleuchteten Raume erscheint an Stelle der Dunkelhei
periode eine schwache Umfärbung. Bei einem Streifen von 0,5 cm Lär
und 0,5 mm Breite war der schwarze Strich nur momentan sichtbar;
Streifenkombinationen waren die Erscheinungen ähnlich wie bei geringe
Lichtintensität und längerer Beleuchtung, es blieben sich die matten Streif
im Nachbild geometrisch nicht ähnlich, so daß ihr Wert für das Erkenn
auf Grund der gröberen Wortform nur gering ist. Selbst das „Abklinge
darf also nur teilweise zur Expositionszeit hinzugerechnet werden, und zw
in keinem größeren Betrage als der Abzug vom Beginn der Exposition dur
die Trägheit des nervösen Apparates. Allerdings treten bei Nachbilde
starke individuelle Differenzen auf, aber die Hauptversuchspersonen bei dies
Untersuchungen — Verf. und sein Bruder — beobachteten an sich Nachbil
von mehr als durchschnittlicher Intensität und Dauer. — Das Stattfinden v
Aufmerksamkeitswanderungen leugnet Verf. im Gegensatze zu *Wun
Zeitler*. Schon in der subjektiven Beobachtung fehlen sie, für diese
die Wahrnehmung während der ganzen Expositionszeit von $^1/_{10}$ Sek. ei
unteilbare Einheit. Daß sie auch objektiv nicht vorhanden sind, zeig
Versuche mit Funkenbeleuchtung bei einer jede Aufmerksamkeitswanderu
ausschließenden Expositionszeit von 0,00004 Sek. Die hierbei gewählt
Buchstaben waren geometrisch den von *Erdmann-Dodge* gebrauchten ähnlic

Digitized by Google

atten aber nur eine Höhe von 2,75 mm; der Abstand des Auges von der Fortmitte betrug daher 24,36 cm, damit die Worte dieselbe Netzhautpartien innehmen, wie die gleich langen, aber aus größeren Buchstaben (3,5 mm Höhe) bestehenden Worte bei *Erdmann-Dodge*; die Worte entstammten der physikalischen Technik, die dem Verf. vertraut war, aber seinem Bruder, einem Studenten der Zoologie, fern lag; letzterer hatte auch die vom Verf. stets angefertigten Worte nie vor der Exposition gesehen; andererseits sieht Verf. nur mit dem rechten Auge und auch dieses ist nur von mäßiger Leistungsfähigkeit, während sein Bruder normale Augen hat; jedes Wort wurde demselben Beobachter nur einmal exponiert. Die Versuche fanden im Dunkelzimmer statt; durch einen Schirm waren die Augen vor dem direkten Funkenlicht geschützt; es kam nur der Unterbrechungsfunke des Induktoriums in Anwendung. Für gute Fixation und Adaptation, sowie für Vermeidung von Nachbildern war gesorgt, indem ein weißer Karton mit einer Lösung von Phosphor in Schwefelkohlenstoff bepinselt wurde, so daß er nach dem Trocknen in einem ruhigen und ziemlich intensiven Lichte, dessen Farbe dem des Funkenlichts bei Verwendung von Kupferspitzen ähnlich ist, leuchtete. Auf diesem Karton wurde an einer durch dunkle Linien markierten Stelle das auf einem Streifen von Visitenkartenpapier aufgeklebte Wort aufgelegt, so daß die dunklen Linien verdeckt wurden. Als Fixationspunkt diente ein Phosphorstückchen von etwa 1/3 mm Durchmesser, in einer durch einen Nadelstich im Streifen gebildeten Vertiefung. Beim Funkenlicht verschwindet das Phosphorlicht und das Wort erscheint im weißen Felde; nach der Exposition vernichtet das Phosphorleuchten die Nachbilder, die auch nie bemerkt wurden. Die Nachteile dieser Versuchsanordnung waren die schädlichen Phosphordämpfe nach längerem Arbeiten; auch leuchtete der Karton nicht länger als 1 Minute gleichmäßig, nachher stellten sich dunkle Flecken ein; bei stärkerer Konzentration der Lösung oder reichlicherer Tränkung des Kartons wiederum ergerte sich eine Schicht leuchtender Dämpfe über die exponierten Worte und steigert sich die Entzündlichkeit der Phosphorschicht. Bei längeren Versuchsreihen wurde daher ein 10 cm hoher Kasten verwendet, der oben mit einer Glasplatte verschlossen war und an dessen Boden sich eine elektrische Lampe von acht Kerzen Leuchtkraft befand; die Glasplatte wurde völlig bedeckt mit dünnem Visitenkartenpapier, aus dem in der Mitte ein Streifen von 7 mm Breite und 50 mm Länge ausgeschnitten war; in diese Öffnung paßte genau ein Streifen stärkeren Visitenkartenpapiers, in dessen Mitte das zu lesende Wort aufgeklebt war; das wieder 24 1/3 cm entfernte Auge war somit gut helladaptiert, und Nachbilder traten nicht auf; zur Vermeidung des Kontrastes zwischen dem gelblichen Scheine der durchleuchteten Fläche und dem bläulich-weißen Funkenlicht waren die Worte auf gelblichem Papier gedruckt; ein Nadelstich auf diesem, der als feiner, heller und scharfer Punkt erschien und in der Wortecke sich befand, diente zur Fixation; die Höhe dieses Punktes wurde dadurch ermittelt, daß ein stärkerer Karton mit einem 3 mm langen Horizontalschnitt so vor einer Lampe angebracht war, daß bei

Digitized by Google

Fixation des Schnittes die Zeilen eines Textes im indirekten Sehen noch bemerkbar waren, das Nachbild des Schnittes während des Lesens gut zu beobachten war und in der Ruhepause sich direkt über oder gar auf die obere Linie der mittelzeiligen Buchstaben lagerte. Der Beobachter saß auf einem verstellbaren Stativ mit fixiertem Kinn und gab das Signal für die Exposition. Für den Versuchsleiter befand sich auf dem Experimentiertisch eine kleine Glühlampe, die vor jeder Exposition außer Wirksamkeit gesetzt wurde. Übungsreihen erfolgten nicht, sondern es wurde sofort mit elfbuchstabigen Wörtern begonnen. Eine Zusammenstellung der so gefundenen Worte mit denen von *Erdmann-Dodge* bei 0,1 Sek. Expositionszeit ergibt die gleiche Größe des Lesefeldes, nämlich 22 Buchstaben; ja selbst bei noch längeren Wörtern fanden sich 80% richtige Lesungen; auch gelegentliche Versuche mit anderen Personen ergaben keine individuellen Unterschiede. Die subjektiven Wahrnehmungen entsprachen ebenfalls denen beim Tachistoskop mit 1/10 Sek. Expositionsdauer. Die Wahrnehmung war momentan. Der Lesende kann meist schon vorher sagen, ob er richtig oder falsch las, wobei er sich allerdings zuweilen irrte. Je nach dem Charakter des Gedächtnisses richtet sich der Bewußtseinszustand nach der Exposition. Verf. und sein Bruder gehören dem motorischen Typ mit Hinneigung zu optischen und akustischen Reproduktionen an, es erfolgte daher das Aussprechen momentan ohne daß zwischen ihm und dem Ende der Exposition eine Vorstellung des Gelesenen vorhanden war; wurden die Wörter nicht sofort gelesen, dann wurden zuweilen die einzelnen Teile als optische oder motorische Vorstellungen sukzessive reproduziert. — Gegen die *Wundt*sche Annahme sprechen aber auch allgemeine Bedenken. Denn vom teleologischen Standpunkte aus ist es für das Lesen wie für die optischen Wahrnehmungen überhaupt zweckmäßig, daß die wichtigen Punkte des Sehfeldes sukzessive mit dem Punkte des deutlichsten Sehens zusammenfallen, während ein Abschweifen des Aufmerksamkeitspunktes vom Fixationspunkt die Leistungsfähigkeit herabdrücken würde. Dementsprechend fallen derartige Ablenkungen dem Ungeübten schwer, dem Geübten lästig; auch erfolgen im alltäglichen Leben die Aufmerksamkeitsbewegungen so langsam, daß ihr Auftreten bei einer Expositionszeit von 1/10 Sek. sehr unwahrscheinlich ist. Von größerer Bedeutung aber sind Versuche, in denen am *Erdmann*schen Tachistoskop links von der in der Mitte der Mattglasplatte befindlichen Fixationsmarke eine zweite Marke war, auf die der Lesende in einem Teil der Versuche vor der Exposition seine Aufmerksamkeit richtete, während in dem anderen Teile Fixations- und Aufmerksamkeitsrichtung zusammenfielen. Es wurden nun zwei Buchstaben 1/10 Sek. lang exponiert, so daß ein jeder von ihnen auf eine der beiden markierten Stellen projiziert wurde. Die Versuche wurden an drei geübten Personen und auch an diesen erst nach jedesmaligen 25 Übungsexpositionen angestellt; auch konnten außer diesen infolge der großen Ermüdung in einer Sitzung nur 40 Expositionen vorgenommen werden. Während der Versuche wurde das Auge des Lesenden beobachtet; das Kinn des letzteren wie des Be-

Digitized by Google

obachters war fixiert; das Signal gab der Lesende. Die angewandten Buchstaben waren 13 mittelzeilige; aus den möglichen 156 Kombinationen zu je zwei Buchstaben wurden 80 ausgewählt, so daß der Einfluß der Ungleichwertigkeit der Buchstaben, etwaiger apperzeptiver oder assoziativer Hilfen usw. wegfiel. Der Abstand der beiden Marken war je nach dem Beobachter 25, 34 oder 43 mm, so daß ein nicht zu großer Teil des linken Buchstabens bei Koinzidenz von Aufmerksamkeits- und Fixationspunkt erkannt wurde. Es wurde nun im letzteren Falle der linke Buchstabe nicht halb so oft richtig gelesen, als wenn auf ihn die Aufmerksamkeit gerichtet war; umgekehrt wurde der in der Mitte befindliche Buchstabe häufiger richtig gelesen, wenn auf ihn auch der Aufmerksamkeitspunkt fiel. Nach *Wundts* Hypothese dürften diese Unterschiede nicht auftreten, zumal wenn ein mehrfacher Aufmerksamkeitswechsel in 1/10 Sek. stattfindet; ja es müßte dann infolge der leichteren Reproduzierbarkeit des zuletzt Gelesenen bei Koinzidenz von Aufmerksamkeits- und Fixationspunkt der linke Buchstabe öfter richtig gelesen werden als bei einem Auseinanderfallen dieser beiden Punkte. Der subjektiven Beobachtung bei diesen Versuchen war übrigens zu entnehmen, daß die Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Fixationspunkt dem einen als gewaltsame und ruckweise Bewegung, dem anderen als ein Verschwinden der Aufmerksamkeit am Fixationspunkte, um dann an der gewünschten Stelle aufzutreten, imponierte; zuweilen wird das Signal selbst von diesen geübten Versuchspersonen infolge der oft deutlich sichtbaren Ausdrucksbewegung der Aufmerksamkeit bei nicht genügender Spannung der Aufmerksamkeit gegeben, indes trifft diese Fehlerquelle beide Versuchsreihen. — Endlich umrahmte Verf. nach dem Vorgange Zeitlers den einen der beiden tachistoskopisch exponierten Buchstaben mit roter Farbe; grüne, blaue oder gar schwarze Markierungen waren ungeeignet, da sie mit der Zeit zu dunkel wurden und dann von den Buchstaben zu wenig abstachen; auch die verschiedenen Formen und Lagen der Markierungen wurden durchgeprobt, wobei Punkte und einzelne oder mehrfache Linien sich als störend erwiesen; der Abstand der beiden Buchstaben von der Fixationsmarke betrug bei der einen Versuchsperson 20, bei der andern 24 mm; es wurden wieder nur 13 mittelzeilige Buchstaben verwendet; als Fixationsmarke diente eine matte Blechspitze mit weißem oberen Ende; eine Versuchsreihe bestand aus 50 Expositionen nach 25 Übungsexpositionen; der umrahmte Buchstabe stand gleich oft auf beiden Seiten der Fixationsmarke. Trotz der Expositionszeit von 1/10 Sek. wurde der umrahmte Buchstabe nicht öfter gelesen als der andere, ja die eine Versuchsperson wurde durch die Umrahmung zuerst noch gestört. — Am Schlusse dieses Abschnittes sucht Verf. die *Zeitler*schen Gründe für die Annahme von Aufmerksamkeitsschwankungen zu widerlegen. Die dafür sprechenden subjektiven Beobachtungen der *Zeitler*schen Versuchspersonen erklärt er für Täuschungen, zumal da vor der Exposition die Forderung gestellt war, die Aufmerksamkeit schweifen zu lassen, und da die Reproduktion von mehr als 15 Buchstaben sukzessive erfolgt, wie Verf. an sich bei einer optischen Erinnerungsvorstellung beob-

Digitized by Google

achtete: das Wahrnehmungsbewußtsein ist weiter als das Erinnerungsbewußtsein. Auch die objektiven Gründe *Zeitlers* sind nicht stichhaltig. Denn die Apperzeption der ersten und die falsche Assimilation der zweiten Worthälfte in dem Glauben, das Ganze gesehen zu haben, beweist nur, daß die beiden Worthälften ungleich sicher wahrgenommen oder reproduziert wurden, z. B. weil die erste Worthälfte optisch charakteristischer ist oder zufällig vor der Exposition auf sie die Aufmerksamkeit gerichtet war. Jedenfalls stellte sich diese Erscheinung auch bei den Funkenversuchen ein; ja bei diesen wurde ebenso oft die zweite Hälfte richtig und die erste falsch gelesen mit dem Bewußtsein der richtigen Erkennung des Ganzen, oder es wurde nur die zweite Hälfte angegeben. Was ferner die Erkennung eines Wortes anlangt, das durch Abänderung eines Buchstaben einen ganz neuen Sinn erhielt, so spricht sie nicht etwa für buchstabierendes Lesen, sondern nur für den regulierenden Einfluß des neuen Buchstabens entweder durch seine isolierte Wahrnehmung oder durch Änderung der Wortform. Auch die Auffassung eines sinnlosen Buchstabenkomplexes aus einem Worte beweist nur, daß die apperzeptive Bereitschaft oder die Reizkomponente der Wahrnehmung ungenügend war; natürlich werden dann die dominierenden Buchstaben als die charakteristischen bevorzugt. Die Ergebnisse der Vexierversuche endlich lassen sich ebenfalls ohne Sukzession der Auffassung erklären, denn oft fällt die linke Hälfte aus, während die rechte richtig gelesen wird; nur verträgt jene eine Verstümmelung eher als diese, weil sie charakteristischer und individueller gebaut ist. Sodann fand ja auch *Zeitler*, daß oft durch Assimilation die Verstümmelung unbemerkt bleibt; es kann also trotz letzterer die zweite Worthälfte ihren regulierenden Einfluß ausüben. Schließlich können die Ergebnisse dieser Versuche durch die Sukzession der von einer Aufmerksamkeitsbewegung begleiteten Reproduktion oder Innervierung erklärt werden: sind doch nach *Zeitler* für solche Versuche Ausländer, denen die Reproduktion und Innervation wenig geläufig sind, am geeignetsten; es werden eben diese Vorgänge gehemmt, sobald für sie der veränderte Buchstabe für sich oder als Teil eines kleineren Komplexes Bedeutung gewinnt. Wie wenig die Vexierversuche für ein sukzessives Auffassen sprechen, zeigt die *Zeitlersche* Bemerkung, daß die Sukzession der Auffassung sich nicht nach der objektiven Sukzession zu richten braucht. — In dem letzten Teile seiner Ausführungen behandelt Verf. die Begriffe „Assimilation", „Apperzeption", „Wortform" und „dominierende Buchstaben". Die Trennung von apperzeptiven und assimilativen Leseakten gibt er als Typeneinteilung zu, da man bei scharf gespannter oder geringer Aufmerksamkeit lesen kann und bei den verschiedenen Expositionen reproduktive Elemente in verschiedener Menge in Betracht kommen, namentlich beim normalen Lesen des Geübten sind letztere zahlreich vertreten. Aber dieser ganze Unterschied ist nicht sehr bedeutsam, zumal da *Erdmann-Dodge* auch an ihrem Tachistoskop das gewöhnliche Lesen nur unter Ausschluß der Augenbewegung untersuchen wollten und jene Typen nur Grenzfälle sind; in der Tat sind ja die Versuche von

Digitized by Google

Erdmann-Dodge Apperzeptionsversuche in *Wundt*schem Sinne, insofern bei ihnen die Wahrnehmung stets bei aktiv gespannter Aufmerksamkeit sich vollzog. Jedenfalls aber hängt dieser ganze Unterschied nicht mit der Expositionszeit zusammen, da nach *Dodges* Untersuchungen gerade bei kurzen Expositionszeiten die Reizkomponente geschwächt wird, während die reproduktiven Elemente bei allen Zeiten in gleichem Grade zur Verfügung stehen; geben doch *Zeitler* wie *Wundt* zu, daß die Assimilation oft nach der Exposition einsetzt; die Einschränkung des Lesefeldes bei kurzen Zeiten erklärt sich durch Schwächung der Reizkomponente; zumal wenn, wie bei den *Zeitler*schen Versuchen, den Versuchspersonen gesagt wird, es kommt auf das Richtiglesen, nicht auf das Lesen überhaupt an. Das Verhältnis des Nichtgelesenen zum Falschgelesenen spricht weder für noch gegen die Assimilation, sondern, wie Verf. ziffernmäßig an seinen Versuchspersonen nachweist, für individuelle Bedingungen, z. B. Gewöhnung, Erraten usw., und für Tagesschwankungen bei derselben Person trotz gleicher Expositionszeit; dieser Wechsel trat daher auch bei Funkenbeleuchtung auf. Wie stark die Assimilation auch bei kurzen Expositionszeiten einwirkt, weist Verf. durch tachistoskopische Versuche mit umkehrbaren, geometrisch-optischen Täuschungen selbst komplizierter Art nach; diese gelangen auch bei einer Expositionszeit von 10 σ bezw. 11—12 σ unter Zurechnung des An- und Abschwellens des projizierten Bildes, sobald nur vor der Exposition die Fixationslinie in entsprechender Richtung gegeben wurde; die Versuchspersonen wußten hierbei das eine Mal, welche Figur erscheinen würde, das andere Mal nicht; auch wußten die Versuchspersonen in den in Betracht kommenden Fällen nicht, welche Umkehrung infolge der Lage des Fixationspunktes erscheinen mußte. Nicht minder spricht für die Mitwirksamkeit der Assimilation selbst bei kurzer Expositionsdauer der Einfluß der Wortform bei Funkenbeleuchtung, denn dieser beruht auf der Assimilation. Besonders deutlich zeigt sich die Bedeutung der Wortform bei richtigen Lesungen von Endungen, die keine dominierenden Buchstaben haben und von dem Fixationspunkte weit abliegen; Verf. führt eine Reihe solcher Fälle für 12—21 buchstabige Wörter bei Funkenbeleuchtung an. Auch das Verwechseln der Endsilben mit solchen gleicher Länge und ähnlicher Form beweist den Einfluß der Wortform. Das gleiche gilt für Vorsilben, nur daß diese meist durch die übrigen Wortteile bestimmt sind. — Verf. kommt somit zu dem Ergebnis, daß der ganze Streit darauf beruht, daß den verschiedenen Quellen des Erkennens beim Lesen nicht auf beiden Seiten die gleiche Bedeutung zugeschrieben wird. *Zeitler* schlägt die Bedeutung der Wortform nicht so hoch an wie *Erdmann*. Die dominierenden, d. h. die charakteristischen Buchstaben behalten ihre Wichtigkeit, da sie noch in größerer Entfernung vom Fixationspunkt als die anderen Buchstaben erkennbar sind und die gröbere Gesamtform, also die Assimilation, bestimmen. Diese gibt auch *Erdmann* zu, nur nennt er sie „apperzeptive Reproduktion".

Mit dieser vermittelnden Stellung des Verf.s wird man sich sehr einverstanden erklären können. Es ist ein hohes Verdienst seiner überaus sorg-

Digitized by Google

fältigen kritischen und experimentellen Untersuchungen, die strittigen Punkte in das rechte Licht gesetzt zu haben; namentlich die Versuche mit Funkenbeleuchtung bedeuten einen wesentlichen Fortschritt in der Analyse des Lesens. Nur wären mehr ziffernmäßige Angaben erwünscht. Der Bedeutung der Assimilation wird Verf. jedoch nicht gerecht; vor allem beachtet er zu wenig den Unterschied zwischen der Assimilation während und nach der Exposition; sonst könnte er unmöglich behaupten, daß die Assimilation von der Länge der Expositionszeit unabhängig ist; auch ist der Einfluß der Wortform keineswegs ein bloß assimilativer Vorgang. Die Ausführungen über das Fehlen von Nachbildern wirken nicht überzeugend, zumal da die Beobachtungen nur vom Verf. und seinem Bruder herrühren. Es ist an und für sich schon bedenklich, wenn der Verf. selbst eine der hauptsächlichsten Versuchspersonen ist; diese Bedenken werden gesteigert, wenn es sich um eine Untersuchung handelt, in der die Selbstbeobachtung von so entscheidender Bedeutung ist. Hierzu kommt noch, daß Verf. nur mit einem Auge sieht und auch dieses von geringer Leistungsfähigkeit ist; gerade für die Analyse des normalen Lesens dürfte eine solche Versuchsperson wenig geeignet sein. Wenig stichhaltig sind auch die teleologischen Einwände gegen *Wundt*; für schnelles, wenn auch nicht gerade für richtiges Lesen wie optisches Wahrnehmen überhaupt sind die Aufmerksamkeitswanderungen sehr zweckmäßig. Sie scheinen mir im Gegensatze zum Verf. selbst bei sehr kurzen Expositionszeiten mitzuwirken. Dagegen kann ich auf Grund eigener Versuche die Bedenken des Verf.s gegen das *Wundt*sche Tachistoskop nur bestätigen und füge noch die Störung des Geräusches und der leichten Inkonstanz in der Lage des Leseobjekts zur Fixationsmarke hinzu. Der Einfluß der Verschiedenheit in der Beleuchtungsart ist doch wohl größer, als Verf. zugibt.

M. Lobsien, Über Farbenkenntnis bei Schulkindern. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane. Bd. 34, S. 29—47.

Nach einigen sehr allgemein gehaltenen Bemerkungen über den Einfluß des Großstadtlebens, der landschaftlichen Verschiedenheit, der sozialen Verhältnisse, des Geschlechts und der ererbten Disposition auf den Farbensinn schildert Verf. seine Versuche an 289 großstädtischen Mädchen im Alter von 8—14 Jahren. Die dargebotenen Objekte waren zur Vermeidung des Einflusses von Form und Hintergrund Farbenkreise auf weißer Pappscheibe, beide hatten mit Rücksicht auf die entfernt sitzenden Kinder große Dimensionen; es wurde stets zur selben Tageszeit und bei hellem Sonnenschein experimentiert; zur Vermeidung von Nachbildern dauerte jede Exposition nur 10 Sek. und war von einer Erholungspause von 1—1,5 Min. gefolgt; die angewandten Farben waren die sieben des Regenbogens, aber in bunter Reihenfolge; jedes Kind schrieb auf einem Blatte Papier seine Beobachtungen nieder. — Zunächst handelte es sich um Feststellung des Umfangs der Farbenkenntnis. Es zeigte sich, daß Rot von allen und Blau von fast allen richtig benannt

Digitized by Google

wurde: es folgen Gelb und dann Grün mit noch relativ wenigen Auslassungen; dagegen treten diese in großer Zahl auf bei Orange, Violett und Indigo; recht deutlich zeigt sich dies bei Division der Anzahl von Auslassungen durch die Zahl der Altersstufen. Das Alter ist von großem Einfluß: Rot, Gelb, Blau und Grün wurde von allen Kindern der beiden höchsten Altersstufen (12 und 13—14 Jahre) richtig benannt, während bei Gelb und namentlich bei Grün, sowie auch bei den drei übrigen Farben um so mehr Auslassungen auftreten, je jünger die Kinder sind; dies zeigt sich besonders klar, wenn die Auslassungen je zwei benachbarter Altersstufen zusammengefaßt und durch zwei dividiert werden; die Entwicklung von den beiden untersten Reihen (8 und 9 Jahre) zu den beiden mittleren (10 und 11 Jahre) ist beschleunigter als die von letzteren zu den beiden obersten. Den Grund wagt Verf. nicht mit Sicherheit anzugeben; daß die drei Grundfarben Rot, Gelb und Blau dominieren, spricht für eine physiologische Erklärung; daß aber Grün in relativ schneller Entwicklung einen gleichen Höhepunkt erreicht, Orange, Violett und Indigo dagegen noch in der höchsten Altersstufe verhältnismäßig selten richtig erkannt werden, beruht augenscheinlich auf der psychologischen Tatsache der Bekanntheit je nach der Häufigkeit des Vorkommens. Sehr oft stellten sich auch Deuteversuche ein, aber abgesehen von einem einzigen Fall nur bei Orange, Violett und Indigo; die Art der Deutung besteht darin, daß die betreffenden Farben nicht selbständig aufgefaßt, sondern mit den dominierenden verglichen und bei diesen Anleihen gemacht werden; es findet also niemals ein Übergreifen in fremde Farbensektoren statt, sondern alle Deutungen halten sich an die zugehörigen Hauptfarben; bei Orange und Violett herrscht daher das Rot vor. Mit dem Alter nehmen die Deutungen zu, in der untersten Stufe fehlen sie noch gänzlich. — Die zweite Versuchsgruppe betrifft das Vorziehen und Verwerfen, und zwar zunächst gegenüber einfachen Farben. Diese Methode ermittelt zuverlässiger die Reife des Farbensinnes als die einfache Benennung. Selten benannte Farben werden beinahe so oft vorgezogen wie ihre „bekannte Konkurrentin". Dieses Ergebnis veranschaulicht Verf. für Rot, Blau, Grün und Gelb auch graphisch. Im Durchschnitt werden Rot, Blau und Grün in mehr als 50%, Gelb in weniger als 50% der Fälle ihrer Vergleichung vorgezogen: die sogenannten harmonischen Farben halten sich so ziemlich die Wage; am auffälligsten vorgezogen wurde Gelb wie Rot dem Orange und Blau dem Violett. Um den Einfluß des Alters zu bestimmen, wurde für jede Altersstufe und Farbe der durchschnittliche Prozentsatz des Vorziehens berechnet; es zeigt sich dann, daß die niederen Altersstufen im allgemeinen ein lebhafteres Farbeninteresse haben, wobei aber die schärfere Kritik der älteren Schülerinnen nicht zu vergessen ist. Die bevorzugteste Farbe aller Altersstufen ist das Rot, während Orange am ungünstigsten dasteht. Denkt man sich die Farben auf einem sechsteiligen Kreis in ihrer spektralen Anordnung aufgetragen, dann hält eine jede der auf dem gleichen Diameter gelegenen in bezug auf Häufigkeit des Vorziehens und Verwerfens

Digitized by Google

das Gleichgewicht, offenbar weil sie größte Kontraste bilden und das physiologische Nachbild ein Anreiz dafür ist, die entsprechende Farbe mit größerem Interesse zu erfassen. Den beiden Nachbarfarben gegenüber wird Orange, Grün und Violett verworfen, Rot, Gelb und Blau vorgezogen. Übrigens treten hier zahlreiche individuelle Differenzen auf. — Endlich wurde auch das Vorziehen und Verwerfen gegenüber einfacheren Farbenkombinationen untersucht, wobei jede der vier gleichzeitig vorgelegten Farben einen Halbkreis einnehmen, die Kreise im Diameterabstand voneinander entfernt waren und die Kinder durch Eins oder Zwei die bevorzugte Farbenkombination auf dem Papier bezeichneten. Es wurde stets eine der beiden Kombinationen bevorzugt. Die kleinsten Differenzen zwischen den Bevorzugungswerten fanden sich bei Gelb-Grün gegenüber Blau-Indigo, Orange-Blau gegenüber Gelb-Indigo und Gelb-Indigo gegenüber Gelb-Orange, die größten bei Orange-Blau gegenüber Rot-Blau und bei Gelb-Blau gegenüber Blau-Violett. Keine einzige Kombination wurde vor einer anderen unter allen Umständen bevorzugt. Die Kombinationen harmonischer Farben werden keineswegs allgemein vorgezogen, nicht einmal denen gegenüber mit geringem Schätzungswert. Die letzte und erste Altersstufe nähern sich in den Differenzen ihrer Bevorzugungswerte und zeigen geringere als die dazwischenliegenden Altersstufen. — Was schließlich die individuellen Differenzen anlangt, so beschränkt sich Verf. auf Rot, Blau, Grün und Gelb. Mehr als zwei Farben wurden niemals besonders bevorzugt und selbst das Dominieren von zwei Farben ist sehr selten: es trat zwölfmal bei Blau und Grün, neunmal bei Rot und Grün, siebenmal bei Rot und Blau, zweimal bei Rot und Gelb, je einmal bei Blau und Gelb sowie bei Rot und Gelb auf. Durch starke Betonung von Rot, Blau und Gelb wird Grün stark benachteiligt, dominierte dagegen Grün dann wurden Blau und Gelb fast gleichwertig in Mitleidenschaft gezogen. Die Zeit der Pubertät bedingt keine wesentliche Änderung.

Das Problem, das sich Verf. stellte, ist ein sehr interessantes. Leider läßt nur die Technik wie die Verarbeitung gar vieles zu wünschen übrig. Zunächst fehlen Einzelversuche mit ihren Selbstbeobachtungen. So wichtig ein Massenmaterial auch ist, so sehr kann es doch nur als Bestätigung oder Kontrolle der auf dem Wege der Einzelbeobachtungen gewonnenen Ergebnisse verwertet werden. Sonst ist der Gewinn ein fast ausschließlich statistischer und die Ausbeute für die psychologische Analyse eine sehr geringe. Gerade die vorliegende Arbeit zeigt dies wieder recht deutlich. Ist doch nicht einmal mitgeteilt, ob eine Untersuchung jeder Schülerin auf ihre Sehtüchtigkeit, namentlich in bezug auf etwaige Abnormitäten im Farbensinn, vorausging. Welcher Art waren ferner die angewandten Farben; waren sie spektralrein, oder welches war ihr Sättigungsgrad? Ob nicht ein grauer Hintergrund zweckmäßiger als der weiße wäre, darüber ließe sich noch streiten. Die Art der Tabellenaufstellung ist nichts weniger als empfehlenswert. Es sind für die einzelnen Probleme viel zu wenig zusammenfassende Durchschnittswerte systematisch berechnet und zu willkürlich gewisse Zahlenwerte heraus-

Digitized by Google

gegriffen. Literaturangaben fehlen gänzlich. Der Schluß von der Nichtbenennung auf das Nichtkennen scheint mir durchaus nicht so zwingend zu sein, wie ihn Verf. auf S. 35 darstellt; vielmehr beruht die ungünstige Stellung von Indigo, Orange und Violett vielleicht zum großen Teile auf der Schwierigkeit der Benennung; ein Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme ist die vom Verf. konstatierte Überlegenheit der Methode des Vorziehens und Verwerfens über die der einfachen Benennung.

W. Stern, Die Aussage als geistige Leistung und als Verhörsprodukt. Experimentelle Schüleruntersuchungen. I. Teil. Beiträge zur Psychologie der Aussage. 3. Heft. S. 1—143.

Da Bilder eine Konfrontation, eine Zerlegung und Ordnung des Materials nach Gruppen und Kategorien, eine vielfache Anlehnung an reale Aussageobjekte in bezug auf Personen, Sachen, Ort, Farben, Beziehungen, Größe, Maß, Zahlen usw., endlich das Studium der formalen Aussagebedingungen, wie des Suggestionseinflusses, des Verhältnisses spontaner Aussage zu rezeptiver, die Bedeutung von Geschlecht, Alter usw. ermöglichen, benutzte Verf. wiederum ein Bild, diesmal jedoch ein farbiges aus einem Bilderbuch „zum ersten Anschauungsunterricht für die Jugend"; dieses wurde eine Minute lang 30 Schülern von 7 bis 19 Jahren und 17 Schülerinnen von 7 bis 14 Jahren gezeigt: je sechs Versuchspersonen gehörten einer Klasse an und setzten sich aus zwei guten, mittleren und schwachen Schülern zusammen. Jede Versuchsperson wurde vor dem Versuch aufgefordert, das Bild genau zu betrachten, um nachher darüber zu berichten. Auf den spontanen Bericht folgte jedoch noch ein Verhör an der Hand einer der Arbeit beigegebenen Liste von 76 Fragen; diese enthielten in bunter Mischung 4 über die Existenz von Personen, 26 über die von Sachen, 5 über Tätigkeiten, 9 über Örtlichkeiten, 18 über Farben, 11 über andere Merkmale und 3 über Zahlen, auch waren noch 12 Suggestivfragen, welche die falsche Antwort näher legten als die richtige, eingestreut; wurden diese positiv beantwortet, dann schlossen sich zuweilen noch weitere „Folgefragen" an. War von den 76 Fragen eine durch den Bericht überflüssig oder durch eine vorhergehende negative Antwort unmöglich geworden, dann kam sie in Wegfall, so daß durchschnittlich nur 60 Fragen an jede Versuchsperson, und zwar in möglichst indifferentem Tone gestellt wurden. Die Antworten wurden in eine bereitliegende Liste als richig, falsch oder unbestimmt durch einen Assistenten eingetragen, sonst war noch zuweilen der Direktor oder ein Lehrer neben dem Verf. zugegen. Nach der Prüfung wurde die Versuchsperson mit der Aufforderung entlassen, über den Versuch mit den Kameraden nicht zu sprechen. Denn nach 9½ Wochen folgte an 33 Versuchspersonen eine Wiederholung des Versuchs nur unter Weglassung der Exposition. Zur Feststellung der Methode gingen Vorversuche an 14 Volksschülern von 10½ bis 13 Jahren voraus; der sekundäre Versuch schloß sich hier schon nach einer Woche an und war noch von

Digitized by Google

einem tertiären nach drei Monaten gefolgt; da das Verhör hier nach Gutdünken erfolgte, so wurden die Ergebnisse dieser Vorversuche nur insoweit berücksicht, als sie im Verfahren mit den Hauptversuchen übereinstimmen. Auf diese Weise glaubt Verf. die Mängel seines früheren Verfahrens (s. den Literaturbericht dieser Zeitschr. Jahrg. 1903) beseitigt und doch die Lebensnähe nicht aufgegeben zu haben. Auch bewertete er diesmal jede Angabe als 1, um dann durch Fraktionierung nach verschiedenen Gesichtspunkten der qualitativen Mannigfaltigkeit wieder gerecht zu werden. — In der Gesamtaussage, d. h. Bericht und Verhör, macht jede Versuchsperson durchschnittlich unter 83,5 Angaben 58,5 richtige, 18,7 falsche und 6,6 unbestimmte Angaben, so daß die Aussagetreue, d. h. das Verhältsnis der richtigen Angaben zu allen Angaben, 76% beträgt. Die Knaben übertreffen die Mädchen in Wissen (= richtige Angaben) und Treue, sind ihnen gleich in der Zahl der Fehler und stehen ihnen nach in der Zahl unbestimmter Aussagen. Mit dem Alter nahmen die richtigen Angaben zu, die falschen ab. Dieser Fortschritt ist aber nicht gleichmäßig. Vielmehr entwickeln sich die Knaben bis zum 10. Jahre stark, die Mädchen gar nicht; das umgekehrte Verhältnis ist vom 10. bis 14. Jahre der Fall, so daß schließlich die Knaben von den Mädchen noch etwas übertroffen werden; auch vom 14. bis 19. Jahre zeigen die Knaben keinen Fortschritt mehr. Die Angaben über die elf Hauptstücke, d. h. über Personen und Sachen, welche „für jede der geprüften Altersstufen unbedingt innerhalb der Grenze des Auffassungs- und Aussagevermögens lagen", enthielten nur 7% Fehler, die über Personen wieder weniger als über Sachen, auch die einzelnen Personen und Sachen zeigen wesentliche Unterschiede. Die Fehler waren zumeist Leugnungen, aber auch Vermehrungen und Verwandlungen kamen vor. — Der Bericht allein ergibt unter Hinzuziehung der Vorversuche 25,5 Angaben pro Person, unter denen 1½ falsch waren. Die Knaben machen wieder mehr richtige, aber auch mehr falsche Angaben als die Mädchen. Die Anzahl der Angaben überhaupt wie der richtigen insbesondere hat sich vom 7. bis 14 Jahre verdoppelt und bis zum 19. Jahre fast verdreifacht. Aber auch hier liegt eine Periode relativen Stillstandes zwischen 7 und 10 Jahren bei den Mädchen, zwischen 10 und 15 Jahren bei den Knaben, zu 19 Jahren zeigen diese wiederum einen Fortschritt. Inhaltlich bezogen sich von den spontanen Angaben 43% auf Sachen, 14% auf Personen, 12% auf Handlungen bezw. Zustände der Personen, 12% auf Räumliches, 9% auf nichtfarbige Merkmale, 7% auf Farben, 3% auf Zahlen. Setzt man die gemachten Angaben in Beziehung zu den gemäß der Verhörsliste erforderlichen, dann ergibt sich folgende absteigende Reihe: Existenz der Personen, ihr Tun, Existenz von Sachen, Raumverhältnisse, Zahlen, nichtfarbige Merkmale und Farben. Der zunehmenden Fehlerzahl nach ordnen sich diese „Kategorien" folgendermaßen: Nichtfarbige Merkmale, Räumliches, Existenz von Personen, Existenz von Sachen, Handlungen von Personen, Farben und Zahlen. Das Alter ist, namentlich deutlich bei Mädchen, insofern von Einfluß, als zuerst Objekte, dann Tätigkeiten.

Digitized by Google

hierauf Merkmale und zuletzt Relationen sich einstellen; ist einmal eine Kategorie da, dann tritt sie ziemlich vollständig auf, ohne noch fernerhin eine große Entwicklung zu erfahren. Alle Kategorien, mit Ausnahme derjenigen, deren Anfangszeit nicht mehr festzustellen war, traten bei den Knaben früher auf als bei den Mädchen; bei diesen sind die „persönlichen" Kategorien besser ausgebildet als bei den Knaben, welche wiederum in den „sachlichen" Kategorien, namentlich in den Farbenangaben, überlegen sind. Beide Geschlechter machen in den bevorzugten Kategorien relativ mehr Fehler als in den anderen. Von den nach der Verhörsliste erforderlichen Angaben über die elf Hauptstücke finden sich bereits 85% in dem Bericht; die einzelnen Stücke gehen in diese Durchschnittszahl mit verschiedenen, die Personenangaben mit den relativ größten Werten ein; die Knaben sind bei der Angabe der Hauptstücke den Mädchen unterlegen. — Im Verhör betrugen die richtigen Angaben 59,4% aller erforderlichen Angaben und die Treue 67%. In beiden Beziehungen sind wieder die Knaben den Mädchen überlegen. Der Altersfortschritt ist gering, zeigt wieder den für Knaben und Mädchen charakteristischen Stillstand. — Von den 522 Suggestivfragen wurden 59% richtig verneint, 25% bejaht und 16% als fraglich belassen; der Altersfortschritt ist hier sehr bedeutend und zeigt eine starke Zunahme des Wissens, der Treue und der unbestimmten Antworten; die Knaben übertreffen auch hier die Mädchen; die Fragen mit mittlerer Suggestivkraft, d. h. mit rund 75% richtigen Antworten, beziehen sich auf die Existenz von Sachen, die mit geringer und starker Suggestivkraft, bei denen sich mehr als 80% oder rund 50% richtige Antworten finden, betreffen die Kleidung und das Handeln der Personen. — Von den Farbenfragen wurden je 43,5% richtig und falsch beantwortet. Der Altersfortschritt ist mit den üblichen Stillstandsperioden deutlich ausgeprägt; die Knaben zeigen sich im Gesamtdurchschnitt für Wissen und Treue als die überlegenen. — Von den übrigen sogenanten Normalfragen wurden $^2/_3$ richtig beantwortet. Der Altersfortschritt der Knaben ist gering, der der Mädchen nach 10 Jahren groß. Mehr als 90% Zuverlässigkeit zeigen die Fragen über Tätigkeiten der Personen, Örtlichkeiten und nichtfarbige Merkmale, weniger als 50% Zuverlässigkeit die Fragen über unwichtige Sachen. — Die Rangordnung ist insofern von Einfluß, als im Bericht der Fehlerprozentsatz von den guten zu den schlechten Schülern steigt, und zwar bei den Mädchen aufs Vierfache, bei den gleichaltrigen Knaben aufs Doppelte, bei den jungen Leuten über 14 Jahre um die Hälfte. Dagegen ist die Rangordnung auf den Umfang des Berichts und auf das Verhör ohne eindeutige Wirkung. —

Diese ziffernmäßigen Ergebnisse werden im zweiten Teile der Arbeit eingehend psychologisch gedeutet, da die Psychologie der Aussage nicht nur ein selbständiger Wissenszweig ist, sondern auch für die Psychologie der geistigen Leistungsfähigkeit und Entwicklung hohen Wert hat. Verf. weist zunächst darauf hin, daß diese Versuche sehr günstige formale Bedingungen durch Klarheit in allen Teilen, Deutlichkeit und leichte Verständlich-

Digitized by Google

keit, günstige Beleuchtung, selbstgewählte Entfernung, Muße und maximale Aufmerksamkeit bei der Betrachtung, Bewußtsein später abzulegender Aussage besitzen. — Der Bericht mit nur 6% falschen Angaben ist dem Verhör mit 33% falschen Angaben so sehr überlegen, weil er nur aus Daten besteht, die schon bei der Wahrnehmung die Aufmerksamkeit fesselten und so spontan oder durch einiges Sichbesinnen sich darboten, während das Verhör einen gewissen Zwang und Befehl darstellt. Die so bedingte Irreführung des Verhörs kann eine vierfache sein: Es kann die in der Frage angeregte Vorstellung auf mechanischem Wege eine andere Vorstellung, namentlich in der Richtung des Alltäglichen und Normalen reproduzieren: es kann eine bemerkte Wissenslücke durch Durchmusterung der verschiedenen Möglichkeiten oder durch logischen Schluß ausgefüllt werden; es kann der Prüfling durch die Autorität des Verhörenden zu einer Antwort getrieben werden, ohne von ihrer Richtigkeit überzeugt zu sein; es kann die Antwort eine direkte Lüge sein. Da durch all diese Faktoren nicht nur falsche, sondern auch richtig erratene, ziffernmäßig nicht zu ermittelnde Angaben veranlaßt werden, so ist der im Verhör erhaltene Wert für Wissen und Treue noch zu hoch. — Die Suggestion, die gefährlichste Irreführung, ist aktiv oder passiv, je nachdem es sich um ein Beeinflussen „Suggestivität" oder Beeinflußtwerden „Suggestibilität" handelt. Ihr Wesen besteht darin, daß sie eine Stellungnahme zu bestimmten Bewußtseinsinhalten herbeiführt; diese Stellungnahme ist theoretisch (Glauben, Fürwahrhalten, Anerkennen, Bestreiten, Beachten, Vernachlässigen) oder wertend (Billigen, Mißbilligen, Lieben, Hassen, Vorziehen, Hintansetzen) oder praktisch (Wollen und Handeln); immer aber entsteht sie durch ein Übernehmen oder Nachahmen, nicht durch ein eigenes Stellungnehmen als Akt; gleichwohl schreibt sie der Suggerierte einen solchen Akte zu. Natürlich kommt hierbei nicht die wirkliche Stellungnahme des Suggerierenden in Betracht, sondern nur die, welche der Suggerierte an ihm als eine zu übernehmende wahrzunehmen glaubt; auch kann, z. B. in der Autosuggestion, die Übernahme der anderweitigen Stellungnahme sich in der nämlichen Person von einer Funktion zur anderen abspielen. Die Suggestionsfrage, welche also eine bestimmte Stellungnahme zu einem Vorstellungsgebiet nahe legt, ist in ihrer Suggestionskraft zunächst von der logisch-grammatikalischen Form abhängig. In dieser Beziehung ist am indifferentesten die Bestimmungsfrage mit einem Interrogativ-Pronomen oder Adverbium; schon suggestiver ist die vollständige Disjunktionsfrage mit Ja oder Nein als Antwort, wobei schon zu bedenken ist, daß jede Vorstellung nach Anerkennung tendiert und von der subjektiven Möglichkeit der Weg durch die Wahrscheinlichkeit zur subjektiven Gewißheit des Seins kürzer ist als der durch die Unwahrscheinlichkeit zur subjektiven Gewißheit des Nichtseins. Durch Ausschluß gewisser Möglichkeiten ist die unvollständige Disjunktionsfrage (aut - aut) noch gefährlicher. Eine volle Suggestion endlich mit bereits bestimmter Stellungnahme des Fragenden liegt der exspektativen Frage (nonne oder num) zugrunde. Von dieser Art waren die

Digitized by Google

Suggestionsfragen des Verfs., während seine Normalfragen der ersten und zweiten Gruppe angehörten. Ferner kommt der Zusammenhang in Betracht z. B. in der Voraussetzungsfrage; ist die gemachte Voraussetzung selbstverständlich, dann ist die Suggestion unschädlich; schon gefährlicher ist eine nicht-selbstverständliche und sehr verhängnisvoll eine objektiv unrichtige Voraussetzung. Suggestiv wirkt auch der Zusammenhang in der Folgefrage, welche die Konsequenz aus einer einmal gelungenen Suggestion zieht; namentlich die Scheu, sich selbst zu widerrufen, vervollständigt hierbei die Illusion immer mehr. Endlich hängt die Suggestionskraft ab von der Eindringlichkeit des Tons und der persönlichen Autorität des Verhörenden. Experimentell läßt sich die Verhörssuggestion nur bei Fragen, welche das Falsche suggerieren, untersuchen, da bei Nahelegung des Richtigen dieses auch durch korrekte Erinnerung geantwortet werden kann. Daß in bezug auf die Treue kein wesentlicher Unterschied zwischen Suggestiv- und Normalfragen hervortrat, liegt an dem Ungeeigneten dieser Experimente für Suggestionsfälschung, insofern das Verhör sich unmittelbar an eine aufmerksame und ungestörte Betrachtung anschloß und die zu suggerierenden Fehler grober Natur, nämlich fälschliche Behauptungen des Vorhandenseins von Personen oder Sachen waren. Unbestimmte Antworten finden sich in den Suggestivfragen doppelt so viel, als in den Normalfragen: man wird sich also schwerer klar über das Nichtvorhandene, auf welches sich ja die Suggestivfragen bezogen, als über das sicher Vorhandene. — Für den Inhalt der Aussage gilt der Satz, daß die spontane Erinnerung und Aussage eine „mit intuitiver Abstufung arbeitende Auslese der Aufmerksamkeit und des Interesses“ ist; maßgebend ist hierbei das Prinzip der „praktisch-anthropozentrischen Wertbeziehung“, so daß die Stärke der rein peripherischen Sinnenfälligkeit nur dann die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, wenn sie zugleich hohe „praktisch-teleologische“ Bedeutung hat. Daher nahmen nach der oben angegebenen Reihenfolge die Personen mehr das Interesse in Anspruch als die Sachen und innerhalb beider die Existenz mehr als die Handlungen, Eigenschaften und Relationen und unter den Eigenschaften wieder am geringsten die überaus sinnfälligen, ästhetisch sehr wirksamen, aber praktisch weniger wichtigen Farben. Diese Reihenfolge hat aber auch chronologische Bedeutung, so daß in der geistigen Entwicklung vier Stadien zu unterscheiden sind: 1. das der Substanz mit Angaben über die Existenz von Personen und Sachen unter Bevorzugung der ersteren; 2. das der Aktion mit Angaben über Tätigkeiten; 3. das der Relationen mit Ortsangaben; 4. das der Qualität mit Angaben über Merkmale. Im ersten Stadium finden sich demgemäß unverknüpfte Substantiva, im zweiten einfache Verbalsätze, im dritten adverbiale Ergänzungen und im vierten adjektivische Attribute und Prädikate; diese vier Stadien entsprechen auch denen in der Entwicklung der kindlichen, vielleicht der menschlichen Sprache überhaupt und der Wissenschaft. Der Grad des spontanen Interesses bestimmt aber auch die Qualität, die Korrektheit und Zuverlässigkeit der Aussage, wie

Digitized by Google

eine Betrachtung der Fehler zeigt. Die Erinnerungstreue ist also nicht nur eine Funktion der Beschaffenheit der Empfindungs- und Vorstellungsinhalte, sondern auch des Willens, der in einem gewissen teleologischen Sinne die praktisch wichtigsten Momente bevorzugt. Es ist daher unpsychologisch, von praktisch Nebensächlichem, z. B. Zeit- oder Zahlen- oder ganz Farbenangaben, die Entscheidung im Zeugenverhör oder dergl. abhängig zu machen. Auch ist andererseits zu bedenken, daß das hohe Interesse auch schädlich wirkt, sobald es vornehmlich auf die Extension der Aussage gerichtet und die Kritik nicht allzu groß ist. Es gibt also neben den Gleichgültigkeitsfehlern auch Interessefehler; sind jene besonders dem Verhör eigen, so diese dem Bericht. Der Art nach sind die Fehler substantiell oder akzidentell, je nachdem sie sich auf die Existenz oder auf Eigenschaften, Grade, Handlungen usw. beziehen. Jene sind entweder positiv, d. h. Zusätze von Nichtvorhandenem oder negativ, d. h. Leugnungen von Vorhandenem. Die letzteren kommen im Bericht nur als Auslassungen vor, so daß sie höchstens bei den Hauptstücken als Fehler zu rechnen sind; im Verhör werden diese Auslassungen zum Teil ausgefüllt, zum Teil, namentlich von den älteren Knaben und bei den minder wichtigen Objekten, zu direkten Leugnungen verstärkt; daher schneiden auch die Sachen im Verhör schlechter als im Bericht ab. Auch positive Substanzfehler kommen im Bericht nur als Ausnahmefälle vor und wurden erst im Verhör zahlreicher; sie zeigen übrigens, daß man von dem ganz ungeschiedenen Erlebnis zu immer schärferer Trennung von Subjekt und Objekt, nicht von einfachen Empfindungen zu immer verwickelteren Komplikationen und schließlich zum Objekt fortschreitet. Die akzidentellen Fehler sind 1. qualititative Änderungen des Seins oder Tuns, z. B. der Farben, während andere Merkmale und Handlungen relativ korrekt wiedergegeben werden; 2. quantative Änderungen in Zahl und Grad; namentlich die Expansionstendenz der Vorstellungen und die Gelegenheit zu Schlußfolgerungen und Deutungen ist hier eine große Gefahr; 3. die nur seltenen Änderungen der Relationen infolge nachheriger Konstruktion. — Von den subjektiven Faktoren ist der Altersfortschritt von größerer Bedeutung als der Geschlechtsunterschied; im übrigen stimmen beide in bezug auf die Gebiete ihres Einflusses überein. Jede psychische Funktion wird also durch die verschiedensten Differenzierungsbedingungen, als da sind Alter, Geschlecht, Begabung, Nationalität, Individualität usw., gleichzeitig beeinflußt, so daß die seelischen Äußerungen sich nach ihrer Variabilität wahrscheinlich entsprechend ihrer Komplexität, chronologischen Entstehungsweise und ihrer vulgären Wertordnung in „höhere“ und „niedere“ anreihen lassen. Demgemäß ist die Treue im Bericht und bei Verhörsfragen normaler Schwierigkeit vom Altersfortschritt und Geschlechtsunterschied wenig beeinflußt, denn es handelt sich hier um Leistungen unter „entsprechenden optimalen Schwierigkeitsbedingungen“; Farben- und Suggestivfragen sind dagegen für jüngere Schüler schon schwieriger, sie weisen daher einen deutlichen Altersfortschritt auf. Es

Digitized by Google

richtet sich somit nach der Schwierigkeit der Leistung nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der letzteren, und es gibt eine „relative Fehlerkonstante" für die verschiedenen Altersklassen; ja unter Zuhülfenahme seiner eigenen früheren Ergebnisse und derer von anderen Forschern (*Binet, Lobsien* und *Wreschner*) nimmt Verf. an, daß die Zuverlässigkeitskonstante von 94% im Bericht und von 70—80% bei normalen Verhörsfragen auch durch die Verschiedenheit in den Versuchsumständen und im objektiven Stoff nicht sehr verändert wird; vielmehr gilt auch hier das *Weber*sche Gesetz als psychisches Relativitätsgesetz. — Das geringe Hervortreten des Altersfortschritts in dem Wissen der Gesamtaussage liegt zum Teil in der leichten Verständlichkeit des benutzten Bildes schon für die unteren Klassen. Dagegen verschiebt sich mit dem Alter das Verhältnis von Rezeptivität und Spontaneität immer mehr zugunsten der letzteren. Die Diskontinuität des Altersfortschritts ist bedingt durch die inneren Bedürfnisse des psychophysischen Organismus, namentlich durch die Pubertät; ihr geht voraus als „Präpubertätsperiode" die namentlich bei Mädchen deutlich ausgeprägte Zeit der Kraftansammlung; vor dieser war bei den Knaben noch eine „kindliche Fortschrittsperiode". Der Qualität nach ist der Altersfortschritt im Gegensatz zu den körperlichen Verhältnissen „additiv"; so zeigt die Spontaneität noch nach dem Höhepunkt der Rezeptivität eine Entwicklung; noch weniger zeigt der Aussageinhalt eine „Proportionalentwicklung", da ähnlich wie bei der „Übung" die einzelnen Kategorien nacheinander und sofort in ziemlicher Vollendung sich einstellen. — Der Geschlechtseinfluß macht sich in einer Überlegenheit der Knaben durch mehr richtige und weniger falsche Angaben sowie durch größeren Anteil des spontan Geleisteten an der Gesamtleistung geltend. Ihm wirkt aber entgegen der Altersfortschritt, so daß nur um das 10. Jahr die Knaben in allen drei genannten Beziehungen deutlich überlegen sind, um das 7. Jahr herum dagegen die Mädchen nur im Wissen, d. h. in der Merkfähigkeit, nachstehen, zu 14 Jahren sogar einen Vorsprung in Wissen und Zuverlässigkeit der leichten Leistungen und eine Rückständigkeit nur im Spontaneitätsgrad des vorhandenen Wissens, im Widerstande gegenüber der Suggestion und in der Zuverlässigkeit der Farbenantworten aufweisen. Der Tiefstand der zehnjährigen Mädchen ist zum Teil durch das Erwachen der Phantasie, die erst später durch den Hinzutritt der Kritik zur starken Einbildungskraft wird und als solche die Leistung hebt, bedingt. Im allgemeinen verhalten sich die Mädchen zu gleichaltrigen Knaben wie eine niedere Entwicklungsstufe zu einer höheren; daher überwiegen bei jenen wie im Aktionsstadium die Angaben über persönliche Handlungen, bei diesen wie im Qualitäts- und Relationsstadium die Aussagen über Sachen. Daher finden sich zu 7 Jahren bei jenen nur substantielle, bei diesen auch akzidentelle Angaben und verweilen zu 10 Jahren jene noch im Aktionsstadium, während diese bereits Angaben über Relationen und Qualitäten machen. Die Farbenangaben im speziellen treten im Bericht wie im Verhör bei den Knaben früher, zahlreicher und richtiger auf; denn das weibliche Farbeninteresse ist

Digitized by Google

mehr subjektivistisch (Schmuck des eigenen Körpers und Heims), das männliche mehr objektiv (Kunst- und Naturbetrachtung); in diesen Experimenten handelt es sich aber um letzteres.

Wie schon diese Inhaltsangabe beweist, bedeutet diese Abhandlung einen wesentlichen Fortschritt in der Aussage-Psychologie durch das jugendliche und gleichzeitig verschiedene Alter der Versuchspersonen, durch Ermittelung des gegenseitigen Verhältnisses von Rezeptivität und Spontaneität, durch Berücksichtigung der Auslassungen als „unbestimmte" Antworten, durch gleichmäßige Bewertung aller Angaben, durch Verarbeitung des Materials nach den verschiedensten Gesichtspunkten sowie durch seine fein- und scharfsinnige Deutung von einem höheren Standpunkte aus. Auch die Anwendung eines deutlichen und farbigen Bildes ist eine wesentliche Verbesserung; nur ist das Bild angesichts der kurzen Expositionszeit und der Jugend der Versuchspersonen zu reichhaltig und in manchen Punkten, z. B. in bezug auf die Gesichtszüge, noch zu undeutlich. Die Verhörsliste reicht nicht im entferntesten aus zur Inventarisierung des Wissens, der Fehler, der Auslassungen usw.: wie schon die geringe Zahl der letzteren (nur 8 %!) beweist. Die Fragen des Verfs. sind fast durchgehend ausgeprägte Suggestivfragen, abgesehen davon, daß überhaupt Themen, wie sie Referent vorschlug (s. den vorjährigen Literaturbericht dieser Zeitschr.), den Fragen vorzuziehen sind. Daß nicht an alle Versuchspersonen alle Fragen gleichmäßig gestellt wurden, ist ein methodologischer Fehler. Denn man vermag zuweilen nähere Angaben über Personen oder Sachen zu machen, auf deren Existenz man erst aufmerksam gemacht werden muß; auch eignet sich nur ein derartig „vollständiges" Verhör für Massenversuche. Der diesmal konstatierte Einfluß des Geschlechtsunterschieds bestätigt durchaus nicht das frühere Ergebnis des Verfs. in diesem Punkte. Denn dieses betraf Erwachsene, das diesmalige Kinder. Wie Verf. selbst hervorhebt, kreuzen sich aber die Einflüsse des Geschlechtsunterschiedes und Altersfortschrittes, so daß schon 15jährige Mädchen vielfach 19jährige Knaben übertreffen. Der Hinweis auf das *Weber*sche Gesetz und manche anderen Deutungsversuche dürften einer nüchternen Kritik kaum standhalten.

W. Specht, Intervall und Arbeit. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des durch akustische Reize begrenzten Intervalls auf den zeitlichen und formalen Verlauf körperlicher Arbeitsverrichtung. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. III, S. 1—32.

Da bei den Reaktionszeiten das Intervall zwischen Signal und Reiz von Einfluß ist, so läßt sich vermuten, daß dieses auch der Fall ist, wenn als Reaktion eine Arbeitsleistung dient, und daß auch diese selbst sich dann je nach der Intervallgröße ändert. Die Arbeitsleistung in den vorliegenden Versuchen bestand zunächst in einer einmaligen Hebung und Senkung eines

Digitized by Google

Gewichts von 5 kg am Ergograph; die Hebung erfolgte durch Beugung des rechten mit dem Gewicht belasteten Mittelfingers. Die acht benutzten Intervalle lagen zwischen 1/4 und 2 Sek., so daß je zwei benachbarte Intervalle sich um 1/4 Sek. unterschieden; sie folgten aufeinander das eine Mal in auf-, das andere Mal in absteigender Reihe; beide Reihen wurden an jedem Tage durchexperimentiert und zwar so, daß abwechselnd jede an erster Stelle vorgenommen wurde; die Pause zwischen den beiden Reihen betrug 35 Sek. Jenseits von 2 Sek. unterscheiden sich die Kurven nicht mehr deutlich, da dann die Verschiedenheit der Intervalle nicht mehr exakt erkannt wird; unter 1/4 Sek. wurde nicht gegangen, weil dann nicht mehr das Intervall, sondern nur die es begrenzenden Sinneseindrücke zum Bewußtsein kommen. Letztere waren zwei gleich starke und gleich hohe Glockenschläge, die durch einen Apparat nach dem Prinzip des *Wundt*schen Zeitsinnapparates ausgelöst wurden; einem Millimeter an diesem Apparat entsprach eine Zeit von 20 σ, da die Umlaufsgeschwindigkeit der Kymographiontrommel gemäß einer Messung durch eine elektrische Stimmgabel 10 Sek. betrug. Als konstanter Zeitschreiber diente das *Jaquet*sche Chronometer; die Intervalle registrierte eine in den Stromkreis eingeschaltete Schreibfeder. Die Zeit zwischen Stromschluß und Glockenton wurde durch eine zweite Schreibfeder, die mit Glockenkuppe und Hammer in einen besonderen Stromkreis eingeschaltet war und den Anschlag des Hammers an die Glocke registierte, gemessen; sie betrug 0,0493 Sek. und wurde von der registrierten Reaktionszeit jedesmal in Abrechnung gebracht. Auf das erste Signal hin erfolgte die Aufmerksamkeitsspannung, auf das zweite die Hebung; die Art der Senkung wurde den Versuchspersonen überlassen. Diese waren zwei Herren von 28 und 22 Jahren, für beide war ein Gewicht von 7 kg gerade noch hebbar; an jedem wurde mit dem Gewicht von 5 kg zehn Tage experimentiert. Die Ergebnisse sind je nach der Versuchsperson wesentlich verschieden. Bei der älteren wachsen die Reaktionszeiten, die wie alle anderen Werte in Millimetern mitgeteilt werden, mit dem Intervall. In der aufsteigenden Gruppierung sind sie mit einer Ausnahme stets größer als in der absteigenden, vielleicht infolge der Erwartung. Folgte jene auf diese, dann war die Reaktionszeit kleiner, als wenn die entgegengesetzte Zeitfolge beobachtet wurde; diese Tatsache liegt nicht in der Übung, denn die Reaktionszeit wurde nicht von Tag zu Tag kleiner; auch ist nicht etwa die Ermüdung der Grund, wie folgende Versuche bis zur Ermüdung zeigten. Es wurden an derselben Versuchsperson vier durch eine Pause von 4—5 Min. getrennte Reihen angestellt; jede Reihe umfaßte wiederum die acht Intervalle in auf- und absteigender Gruppierung; es stiegen die mittleren Reaktionszeiten in der zweiten und dritten Reihe und nur in der vierten trat eine Abnahme ein, aber offenbar nur weil die Versuchsperson wußte, daß mit dieser Reihe der Versuch beendigt ist; jedenfalls tritt die Verkürzung erst kurz vor der totalen Ermüdung auf. — Die Basis der Kurven, d. h. die Wegstrecke zwischen den beiden Fußpunkten der Zuckung, nimmt mit dem Intervall zu; sie ist in der absteigenden Gruppe zumeist

Digitized by Google

kleiner als in der aufsteigenden. Zerlegt man die Basis durch ein Lot von der Kurvenspitze aus in zwei Komponenten, dann zeigt sich, daß das Heben, mehr aber noch das Senken mit Zunahme des Intervalls verlangsamt wird, bis bei den größeren Intervallen die Arbeit rhythmisch gegliedert ist. Dieses Resultat illustriert Verf. auch graphisch. Die Höhe der Kurve, d. h. das Lot von der Spitze auf die Basis, steigt nur bis zu einem Intervall von 1 Sek. — Ganz anders gestalten sich die Resultate bei der jüngeren Versuchsperson. Die Reaktionszeit wächst erst mit der Zunahme des Intervalls über 1 Sek. Die Gruppierung der Intervalle und die Stellung in der Tagesreihe ist ohne eindeutigen Einfluß. Die Basis nimmt nur bei den beiden größten Intervallen zu und das Verhältnis der beiden Basiskomponenten bleibt stets annähernd konstant. Endlich bleibt auch die Höhe von der Größe des Intervalls unbeeinflußt. — Um den Einfluß der Gewichtsgröße zu ermitteln, wurden an beiden Versuchspersonen Versuche mit 3, 4, 5 und 6 kg bei konstantem Intervall von 1 Sek. angestellt. Die Gewichte wurden täglich einmal in auf- und absteigender Gruppierung gegeben, und zwar jeder Versuchsperson zehn Tage hindurch; die zeitliche Anordnung der beiden Gruppierungen wechselte wieder von Tag zu Tag. Bei beiden Versuchspersonen wächst die Reaktionszeit mit dem Gewicht. In der absteigenden Gruppierung ist die Reaktionszeit der älteren Versuchsperson zumeist kleiner, die der jüngeren Versuchsperson zumeist größer als in der aufsteigenden Gruppierung. Die Tagesstellung ist bei der älteren Versuchsperson insofern von Einfluß, als die aufsteigende Gruppierung größere Zeiten aufweist, wenn sie der absteigenden Gruppierung folgte; das umgekehrte Verhalten zeigt die absteigende Gruppierung; bei der jüngeren Versuchsperson übt die Tagesstellung bei beiden Gruppierungen die nämliche Wirkung aus, daß die Endstellung kürzere Zeiten liefert als die Anfangsstellung. Übung oder Ermüdung waren nicht vorhanden. — Die Basis wächst bei beiden Versuchspersonen mit dem Gewicht. Bei absteigender Gruppierung sind die Werte für die Basis kleiner als bei aufsteigender Gruppierung, nur die ältere Versuchsperson macht hiervon eine Ausnahme in bezug auf die beiden größeren Gewichte. In der aufsteigenden Gruppierung sind bei der älteren Versuchsperson die Werte der Endstellung größer als die der Anfangsstellung, in der absteigenden Gruppierung ist das Umgekehrte der Fall; bei der jüngeren Versuchsperson liefert bei beiden Gruppierungen die Anfangsstellung größere Werte als die Endstellung. Beide Komponenten der Basis, namentlich aber die des absteigenden Schenkels vergrößerten sich mit dem Gewicht, so daß wieder eine Tendenz zur Rhythmisierung sich einstellt. Dies gilt jedoch nur für die ältere Versuchsperson. Bei der jüngeren Versuchsperson verlangsamt sich nur die Hebung mit wachsendem Gewicht, während die Senkung sich konstant beschleunigt. Brachte man die Gewichte von 3 und 6 kg auf ihre durchschnittliche Hebhöhe und ließ sie dann plötzlich zurückschnellen, dann ergab sich aus je zehn Versuchen derselbe Durchschnittswert für die Komponente des absteigenden Schenkels, wie bei den Versuchen der jüngeren Versuchsperson;

Digitized by Google

es setzte diese also nicht den geringsten willkürlichen Widerstand dem fallenden Gewicht entgegen; natürlich wird dieses noch eine Zeitlang zurückgehalten, bis die Muskelspannung beseitigt ist; könnte der Muskel momentan entspannt werden, dann wäre die Komponente der Senkung noch kleiner; jedenfalls eignet sich diese Methode um die Zeit zu bestimmen, die der gespannte Muskel zu seiner völligen Entspannung gebraucht — eine für die Berechnung des Geschwindigkeitsverlaufs der in den Reaktionsvorgang eingehenden psychophysischen Akte wichtige Bestimmung. — Die Höhe verkleinert sich bei beiden Versuchspersonen mit der Gewichtszunahme; in der aufsteigenden Gruppe sind die Werte größer als in der absteigenden; die Tagesstellung ist bei der älteren Person in der aufsteigenden und bei der jüngeren Versuchsperson in der absteigendem Gruppierung von eindeutigem Einfluß; die Endstellung bedingt dort größere, hier kleinere Werte als die Anfangsstellung. — Die beiden Versuchspersonen verhalten sich also sehr verschieden, vielleicht infolge ganz verschiedener Individualität; jedenfalls reagierte die ältere Versuchsperson bei Reaktionsversuchen muskulär, die jüngere sensoriell. Der Zusammenhang dieser Tatsache mit den obigen Ergebnissen müssen umfangreichere Versuche untersuchen. — Das Ergebnis *Awramoffs*, daß bei Gewichtszunahme die Reaktionszeit abnimmt, erklärt Verf. für ein Zufallsprodukt, zumal da *Awramoff* den Reiz nicht signalisierte.

Es ist zu bedauern, daß Verf. zu wenig Versuche anstellte, um seine interessanten Probleme in befriedigender Weise zu lösen; fast alle Werte verraten noch zu sehr den Einfluß störender Zufälligkeiten. Ein regelloser Wechsel der Intervallgrößen würde die Versuchsbedingungen einfacher und einwandfreier gestaltet haben.

F. Kiesow, Zur Frage nach der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung im sensiblen Nerven des Menschen. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 33, S. 444—452.

Verf. benutzt zur Lösung seines Problems seine Untersuchungen über die Zeit der muskulären Reaktion bei taktiler Belastungsempfindung (siehe das Referat in dem diesjährigen Literaturbericht dieser Zeitschrift) nach maximaler Einübung. Als Versuchsperson funktionierte Verf. selbst. Die Empfindlichkeit der untersuchten Tastpunkte entsprach einem Schwellenwert von 1 g/mm; die angewandte Reizgröße betrug 6 g/mm Spannungswert, war also von mittlerer Intensität, damit einerseits die muskuläre Reaktion nicht erschwert sei, andererseits benachbarte Tastorgane nicht indirekt miterregt würden; letzteres wurde auch dadurch verhütet, daß Körperstellen untersucht wurden, an denen die Tastpunkte nicht allzu dicht beieinander liegen. Es wurde dafür die Beugeseite des linken Arms gewählt, und zwar die Haargrenze des Unterarms und die Mitte des Oberarms; an jeder dieser beiden Stellen wurden zwei nicht weit voneinander in derselben Querlinie gelegene Haarpunkte gewählt und an jedem Punkte 100 bezw. 200 Einzelbestimmungen

Digitized by Google

vorgenommen. Die Entfernung der Punkte des Oberarms von denen des Unterarms betrug 33 cm; diese in Beziehung gesetzt zu den Differenzen zwischen den mittleren Reaktionszeiten je zweier Punkte des Ober- und Unterarms ergeben eine mittlere Fortpflanzungsgeschwindigkeit von 30,609 m pro Sekunde bei einer Schwankung der Einzelwerte von 25,842—35,106 m pro Sekunde; die nämlichen Werte bei Zusammenfassung der 200 Beobachtungen an jedem Punktpaare sind: 30,235 m pro Sekunde bei einer Schwankung von 27,703—31,220 m pro Sekunde. — In gleicher Weise wurden je zwei nahe beieinander in einer Querlinie befindliche Haarpunkte an der Vorderfläche des Unterschenkels (unteres Ende) und des Oberschenkels (hoch oben) in je 100 Einzelbestimmungen untersucht; die Entfernung des oberen Punktpaares vom unteren betrug 47 cm. Es ergab sich als mittlere Fortpflanzungsgeschwindigkeit 33,143 m pro Sekunde mit einer Schwankung von 28,557 bis 38,436 m pro Sekunde bei getrennter Berechnung der Differenzen zwischen je zwei Punkten, und 32,768 m pro Sekunde bei Zusammenfassung der 200 Beobachtungen an jedem Punktpaare. Bedenkt man, daß die durchlaufenen Nervenstrecken länger sind als die linearen Entfernungen der Punkte, so ergibt sich in bezug auf die hier untersuchten Nervenbahnen kein wesentlicher Unterschied von der Fortpflanzungsgeschwindigkeit in den motorischen Nerven, wie sie von *Helmholtz* und *Baxt* ermittelt wurde. Indes müssen in Zukunft noch Empfindungspunkte anderer Qualität untersucht werden.

F. Kiesow, Ein Beitrag zur Frage nach den Reaktionszeiten der Geschmacksempfindungen. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 33, S. 453—461.

Angeregt durch die großen Unterschiede in den Mittelwerten, welche *v. Vintschgau* und *Hoenigschmied* bei Geschmacksreizen fanden, stellte Verf. nach der nämlichen Methode wie bei der taktilen Belastungsempfindung (siehe den diesjährigen Literaturbericht dieser Zeitschrift) an sich Reaktionsversuche mit Geschmacksreizen an: der Pinsel war weich und abgestutzt, hatte eine Reizfläche mit einem Durchmesser von ca. 2 mm; als Geschmacksstoffe wurden benutzt wässerige Lösungen von Kochsalz (konzentriert), Rohrzucker (50 %), Salzsäure (0,4 %) und Chininsulfat (konzentriert); mit jedem dieser Stoffe wurden an der Zungenspitze bei einem Reizfeld von ca. 1 qcm 50 Einzelbeobachtungen vorgenommen; die Reaktion erfolgte in dem Augenblicke, da die erste Andeutung der Empfindung im Bewußtsein auftrat; die Versuchsperson wußte, welche Geschmacksreize appliziert wurden. Es ergab sich, daß nur sensoriell reagiert werden konnte, wie sonst bei Reizintensitäten nahe der Schwelle; ja das Erfassen der Empfindung ist bei Geschmacksreizen noch mehr erschwert, da sie stets langsam von dem schwer erkennbaren Minimum ansteigt. Die Zeiten wie die mittleren Variationen sind also sehr groß. Die einzelnen Geschmacksstoffe unterscheiden sich ziemlich erheblich voneinander und zwar unter Bestätigung

Digitized by Google

der bereits von *Schirmer* aufgestellten Reihenfolge: die längste Zeit, 1081 σ, beanspruchte Chinin, die kürzeste, 307 σ, Kochsalz; Rohrzucker 446 σ und Salzsäure 536 σ; entsprechend verhalten sich die mittleren Variationen, nur waren diese bei Rohrzucker geringer als bei Kochsalz. — Die an einem andern Herrn angestellten Versuche lieferten so unregelmäßige Zahlen, daß sie Verf. nicht mitteilt und sich mit der Bemerkung begnügt, daß sie zu den gleichen Resultaten führten. — Die beträchtliche individuelle Differenz in den Reaktionszeiten läßt sich nun nicht aus der Verschiedenartigkeit des Typus erklären; auch etwaige persönliche Unterschiede in der Verteilung der Endorgane reichen nicht aus. Vielmehr sind folgende Tatsachen zu berücksichtigen: 1. Es handelt sich bei Geschmacksreizen nicht mehr um einfache Reaktionen, insofern die Geschmacksempfindung von der vorhergehenden und gleichzeitigen Berührungsempfindung unterschieden werden muß; daher fand *v. Vintschgau*, daß am Zungengrunde im Vergleich zur Zungenspitze die Reaktionszeit auf Berührung verlängert, auf Geschmacksreize, selbst auf Süß und Salzig verkürzt ist. 2. Häufig tritt eine allgemeine Geschmacksempfindung auf, bevor die Qualität erkannt ist. 3. Es gesellen sich Erregungen von frei endigenden Nerven, die sich je nach der Geschmacksqualität ändern, hinzu, so daß oft auf assoziativem Wege die Qualität erraten werden kann. Durch die beiden letzten Faktoren ist die Gefahr einer vorzeitigen Reaktion nahegelegt. Die längeren Zeiten sind daher die richtigeren, trotz alledem werden aber die persönlichen Differenzen infolge der Unsicherheit in der Reaktion beim Geschmackssinn abnorm hohe bleiben, ähnlich wie bei Geruchsreizen. — Vergrößerung der Reizfläche und Verstärkung der Reizintensität dürften eine Verkürzung der Reaktionszeit bedingen.

Diese Versuche liefern eine neue Stütze für die schweren Bedenken, die man bisher wohl allgemein gegen Reaktionsversuche mit Geschmacksreizen hegte. Dies hindert nicht, daß die Arbeit ihr Verdienstvolles hat.

F. Kiesow, Über die Tastempfindlichkeit der Körperoberfläche für punktuelle mechanische Reize. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg., Bd. 35, S. 234—251.

Die Arbeit bildet einen Nachtrag zu der Abhandlung des Verfs. „Über Verteilung und Empfindlichkeit der Tastpunkte" (Philos. Stud. Bd. XIX, S. 260 bis 309). Zur Verwendung kamen wieder *v. Frey*sche Reizhaare, deren Querschnitt in Quadratmillimetern, mittlerer Radius in Millimetern, Kraft in Milligramm und Spannungswert in Gramm-Milimetern angegeben wird. Auch die Versuchsperson blieb die nämliche. Gemessen wurde zumeist an jeder der untersuchten Körperstellen die Empfindlichkeit von 30 Tastpunkten durch den Minimalwert um so das arithmetische Mittel als „die mittlere Schwelle des Tastpunktes" zu berechnen. Diese, in Gramm-Millimetern ausgedrückt, betrug auf der Brust in der Mittellinie des 2. Interkostalraums

Digitized by Google

1,55, in der des 5. Interkostalraums 3,47, in der linken mittleren Axillarlinie in Höhe des 5. Interkostalraums 3,23, in der linken mittleren Axillarlinie, Mitte zwischen Processus xiphoides und Nabel 2,4. Am Bauch in der Linea alba, Mitte zwischen Nabel und Symphysis pubis, war sie 4,07 g/mm; die Empfindung hat hier einen diffusen Charakter. Am Rücken wurde die Mittellinie in der Höhe des 7. Halswirbels und der über die Spina ilium anterior superior hinweggehenden Linie untersucht, der mittlere Schwellenwert betrug dort 1,58, hier 1,93 g/mm; an der Vorderfläche des linken Oberschenkels in der Mitte und äußeren Hälfte nahe dem Patellarrand war er 1,86 g/mm. An der Glabella ließen sich wegen der vielen feinen und kurzen Härchen nur 15 Punkte untersuchen, sie ergaben als Mittelwert 0,57 g/mm. Die Nasenspitze, der Sulcus naso-labialis und die Augenlider haben durch die Dichte und Empfindlichkeit der Tastpunkte eine sehr hohe Empfindlichkeit, die aber wegen der zahlreichen feinen Härchen und des Auftretens einer Kitzelempfindung schwer meßbar ist; auch reicht für solche Stellen die hier angewandte Reizmethode nicht mehr aus. Dagegen ließ sich bei einiger Übung eine Messung an den Wimpern vom oberen Rande her an den beiden Winkeln wie in der Mitte vornehmen; 24 Einzelschwellenwerte ergaben hier als mittlere Schwelle 0,6 g/mm. Unter Hinzuziehung der früheren Resultate werden nunmehr für die einzelnen Hautstellen tabellarisch zusammengestellt die mittlere Schwelle des Tastpunkts, der häufigste, der minimale und maximale Wert in Gramm-Millimeter und die Anzahl der gemessenen Tastpunkte. Da letztere zwischen 15 und 100 variiert, so wird eine gleiche Tabelle unter Zugrundelegung der ersten 30 Einzelbestimmungen hinzugefügt und in dieser auch noch die Dichte und Schwankung der Tastpunkte in Quadratcentimeter angegeben. Es stellen sich auf diese Weise als die beiden Grenzwerte, zwischen denen die einzelnen Schwellenwerte der Tastorgane in der oberflächlichen Körperschicht liegen, 0,3 und 7 g/mm heraus; am Kopf geht die untere Grenze noch weiter herunter, an der Zungenspitze noch unter 0,05 und in der Mitte des unteren Lippensaumes unter 0,06 g/mm; vielleicht sind die nervösen Elemente hier zu dicht gesät, als daß sie isoliert reizbar wären. Den Grund für die verschiedene Empfindlichkeit der einzelnen Tastpunkte in derselben Region sieht Verf. in der ungleichen Größe oder Entwicklungsstufe und vielleicht auch verschiedenen Tiefenlage der entsprechenden Organe, auch sind diese in einzelnen Fällen trotz gleicher Funktion morphologisch verschieden; bei verschiedenen Hautstellen kommen noch Unterschiede in der Epidermisdicke hinzu. Eine Anordnung der untersuchten Hautstellen nach ihrer Empfindlichkeit unter Ansetzung des geringsten Grades = 1 ergibt für den Rücken (Mittellinie in der Höhe des dritten Wirbels) die geringste, für die Zungenspitze die größte, mehr als siebenmal so große Empfindlichkeit. Eine gleiche Zusammenstellung für die Dichte der Tastpunkte in der Flächeneinheit, so daß die geringste Dichte = 1 gesetzt wird, erweist diese für die Mitte der Vorderfläche des linken Unterschenkels und für den Rücken in der Mitte des siebenten Halswirbels die größte, mehr als sechs-

Digitized by Google

mal so große Dichte. — Bei flächenhaften Reizen dürften sich andere Verhältnisse einstellen, die dann wiederum von der Größe der Reizfläche abhängen. Auch elektrische Reize bedingen andere Verhältnisse, wahrscheinlich weil dann nicht das Endorgan, sondern der Nerv selbst getroffen wird und auch die Dicke der Epidermis, der ungleiche Widerstand der Gewebe an den verschiedenen Körperstellen usw. in Betracht kommt. Zum Schluß weist Verf. noch auf die Übereinstimmung seiner Ergebnisse mit denen der *E. H. Weber*schen Versuche über die Feinheit des Ortssinnes hin, so daß er seinen Befunden Bedeutung für künftige Untersuchungen über den Raumsinn der Haut zuschreibt.

Jos. Fröbes, Ein Beitrag über die sogenannten Vergleichungen übermerklicher Empfindungsunterschiede. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 36, S. 241—268.

Das eigentliche Ziel dieser Arbeit ist die Eruierung der Urteilsfaktoren auf Grund von Gewichtsversuchen, bei denen immer drei Gewichte nach einander gehoben wurden und zu urteilen war, ob das mittlere der Empfindung nach näher zur ersten oder dritten gelegen ist („Bestimmung äquivalenter Reizunterschiede nach der Konstanzmethode"). Die zulässigen Urteile waren: viel kleiner, kleiner, unentschieden, größer, viel größer, und bezogen sich immer auf den zweiten Gewichtsunterschied im Verhältnis zum ersten. Um den Einfluß der motorischen Einstellung des schweren dritten Gewichtes auf das leichte erste der folgenden Tripelhebung zu beseitigen, wurde letzteres stets noch zweimal hintereinander gehoben, so daß jeder Versuch eigentlich Quintupelhebung mit dreimaliger Hebung des leichtesten Gewichts darstellte. Eine Reihe umfaßte zehn Versuchstage, an denen 40 oder 60 solcher Tripel- resp. Quintupelhebungen vorgenommen wurden, indem das variable Gewicht zehn verschiedene Größen hatte und eine jede derselben vier- oder sechsmal an einem Tage benutzt wurde. Zwei oder drei Gewichte blieben nämlich immer konstant, während das eine veränderlich war; in vier Reihen war dies das schwerste der drei verglichenen Gewichte, welches von 1300 g bis 2380 g resp. von 1280 bis 2360 g in Distanzen von je 120 g anstieg, während die beiden anderen zuerst gehobenen Gewichte stets 600 und 1200 resp. 1160 g betrugen; nur in der fünften Versuchsreihe war das erste und dritte Gewicht stets 600 und 2360 g und das mittlere änderte seine Größe von 800 g an in Abständen von je 120 g aufwärts steigend bis 1880 g. Der Raumfehler wurde vermieden dadurch, daß der Versuchsleiter das zu hebende Gewicht immer an dieselbe Stelle schob. Auf den Zeitfehler wurde keine Rücksicht genommen, da bei absteigender Reihe, mit schwerstem Gewichte an erster Stelle, stets der untere Unterschied als viel größer beurteilt wurde. Das Verfahren war unwissentlich. Hubhöhe und Tempo waren nur im Anfange fixiert, da sie die Selbstbeobachtung, die genau protokolliert wurde, behinderte.

Digitized by Google

Die Feststellung der genannten Versuchsbedingungen erfolgte auf Grund von Vorversuchen. Versuchspersonen waren der in solchen Experimenten sehr geübte Prof. *G. E. Müller*, an dem die erste und fünfte Versuchsreihe angestellt wurde, und drei Studenten, die keinerlei Übung hatten. — Die „numerische Behandlung der Resultate" erfolgte in engster Anlehnung an die „Gesichtspunkte und die Tatsachen der psychophysischen Methodik" von *G. E. Müller* und betrifft den Mittelwert nach vier Methoden, die „Schärfe des Urteilens", die „Variabilität", den mittleren Fehler, die Schärfe der Scheidung des „unentschieden" gegen „größer" und „kleiner" und die Symmetrie der Kurve für das „Unentschieden"-Urteil. Es ergab sich jedoch niemals eine Vollreihe, so daß keine Urteilskategorie bis zu ihrem Verschwinden nach beiden Seiten hin verfolgt werden konnte. Die ziffernmäßigen Resultate können daher nur einen Annäherungswert beanspruchen. — Was nun diese Resultate im einzelnen betrifft, so zeigen die Mittelwerte der einzelnen Tage für die beiden Reihen, die an Prof. M. angestellt wurden, nur unregelmäßige Schwankungen um ein Gewicht herum, das dem durch die arithmetische Progression zwischen den drei Gewichten geforderten entspricht; bei den drei anderen Versuchsreihen hingegen steigen diese Werte von Tag zu Tag, bis sie sich dem an Prof. M. ermittelten nähern. Den Grund hierfür sieht Verf. auf Grund der Selbstbeobachtungen in dem absoluten Eindrucke des dritten, schwersten Gewichts, den der geübte Prof. M. von vornherein, die andern, ungeübten Versuchspersonen erst allmählich zugunsten des Unterschiedes zurückdrängten; auch imponierte diesen eher ein Gewicht als absolut schwer als jenem. Die hohe Bedeutung des absoluten Eindrucks zeigte auch eine erst nach der zweiten Reihe angestellte dreitägige „Nachreihe", in der das leichteste, zuerst gehobene Gewicht nicht 600 sondern 900 g betrug und diese Änderung auch erkannt wurde, aber gleichwohl der Mittelwert nicht dementsprechend sank; bei dieser Versuchsperson blieb also der absolute Eindruck auch noch nach der zehntägigen Versuchsreihe maßgebend. Anders verhielt sich eine zweite ungeübte Versuchsperson. Als nämlich auch an ihr eine fünftägige Nachreihe angestellt wurde, in der zunächst drei Tage hindurch das leichteste Gewicht 900, dann an einem Tage wie in der Hauptreihe 600 und endlich an einem Tage 750 g betrug, war der Mittelwert entsprechend niedriger; bei dieser Versuchsperson trat also entsprechend ihrer Selbstbeobachtung allmählich an die Stelle des Urteils nach dem absoluten Eindruck eine Vergleichung. — Die „Schärfe des Urteilens" war in der fünften Reihe mit rechtshändigen Hebungen doppelt so groß, als in der ersten Reihe mit linkshändigen Hebungen. Je größer die Schärfe des Urteilens, umso größer ist auch die Variabilität. Der mittlere Fehler war am kleinsten in der fünften, am größten in der ersten Reihe. Die Schärfe der Scheidung des „Unentschieden"-Urteils gegen das Urteil „größer" und „kleiner" ist am größten in der fünften, am kleinsten in der vierten Reihe; auch ist das „Unentschieden" bei ungeübten Personen schärfer gegen das „Kleiner", bei Prof. M. gegen das „Größer" geschieden. Die Kurven für das „Unent-

Digitized by Google

schieden" zeigen im allgemeinen Symmetrie, namentlich in der ersten Reihe. — Von sonstigen interessanten, namentlich von Prof. M. herrührenden Selbstbeobachtungen, sind folgende erwähnt: Das Urteil beruht zuweilen auf einer Vergleichung der absoluten Beurteilung aller drei Gewichte, wobei die Ausdehnung und Lokalisierung der geweckten Empfindungen eine Rolle spielt. Auch die wörtliche Charakterisierung der beiden Unterschiede ist von Einfluß. Am Anfang waren visuelle Schemavorstellungen, z. B. einer Treppe, maßgebend. Sehr häufig stellten sich visuelle Vorstellungen des Gewichtsvolumens oder der der Schwere umgekehrt proportionalen Hubhöhe ein, um die ersten beiden Eindrücke einzuprägen, während numerische Vorstellungen von so und so viel Gramm nie hierzu benutzt wurden. Zuweilen wurde der zweite Unterschied verglichen mit seinen früheren Charakterisierungen oder das jetzige dritte Gewicht mit seinen früheren absoluten Beurteilungen. Die Erwartung wie die motorische Einstellung sind von großer Bedeutung. Oft wird geurteilt, nachdem die Empfindung des ersten oder der beiden ersten Gewichte bereits vergessen war. Wird das dritte Gewicht während des Überlegens oben gehalten, dann erscheint es abnorm schwer. Das Urteil wird verzögert, wenn man frisch ist und sich bemüht, die Unterschiede miteinander zu vergleichen. Die Konstanz der beiden Gewichte trat in der Empfindung nicht immer hervor. Auch die Unterschiede wurden häufig absolut beurteilt. Oft wirkten mehrere der erwähnten Urteilsfaktoren zusammen im Sinne der Unterstützung oder des Konflikts. Die Angaben der anderen Personen bestätigten im allgemeinen die von Prof. M. Von besonderem Interesse ist nur noch die Bemerkung, daß bei Gleichheit der Gewichte oft ein Gefühlston des Gleichgültigen, bei bedeutender Schwere des dritten Gewichts ein solcher des Staunens oder Schreckens und bei einem lehr leichten dritten Gewichte ein solcher des Lächerlichen sich einstellte. — Auf Grund dieser Tatsachen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß bei diesen Versuchen ganz andere Urteilsfaktoren als bei der Untersuchung der Unterschiedsschwelle für gehobene Gewichte maßgebend sind; auch sind die Verhältnisse in bezug auf den Einfluß der Zeitlage, der motorischen Einstellung und des absoluten Eindrucks ganz andere. Es empfiehlt sich daher, in Zukunft die Versuche mit streng vorgeschriebenem Urteilsfaktor vorzunehmen, zumal da eine Änderung der Gewichtsgröße oder gar des Sinnesgebietes auch zu anderen Tatsachen führt.

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch exakte Methodik wie feinsinnige Selbstbeobachtung aus. Sie ist nicht nur deshalb von Interesse, weil sie neben den numerischen Ergebnissen den Prozeß des untersuchten Phänomens betrachtet, sondern weil sie den einzig möglichen Weg zur experimentellen Analyse des Urteils betritt. Nur schade, daß die Variation nicht so weit vorgenommen wurde, bis „Vollreihen" sich ergaben. Es zeigt sich wiederum, wie ungeeignet das Heben von Gewichten in Kästchen oder wie Verf. sich ausdrückt, „Gefäßen" — nähere Angaben hierüber fehlen — ist. Vielleicht hätte sich Verf. diese Enttäuschung erspart, wenn er die einschlägige Literatur weniger einseitig berücksichtigt hätte.

Digitized by Google

F. Schumann, Beiträge zur Analyse der Gesichtswahrnehmungen. IV. Abhandlung. Zur Schätzung der Richtung. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 36, S. 161—185.

Bilden zwei Linien von etwa 2 cm Länge im Abstande von etwa 20 cm die Fortsetzung voneinander, so wird dies erkannt, wenn die beiden Linien senkrecht untereinander oder horizontal nebeneinander liegen und Augenbewegungen stattfinden; sind dagegen die beiden Linien schräg gerichtet, dann scheint die Fortsetzung der einen über oder unter der anderen zu liegen. Den Grund hierfür findet Verf. darin, daß wir zur Beurteilung, ob die gedachte Fortsetzung einer Linie einen entfernten Punkt trifft oder seitlich von ihm hinläuft, den Blick zuerst die Linie durchlaufen lassen, um dann die Augen in derselben Richtung weiter zu bewegen. Alle Punkte, über die der Blick bei dieser Bewegung gleitet, fassen wir als in der Fortsetzung der Linie gelegen auf, alle anderen als seitlich davon befindlich. Bei vertikaler und horizontaler Lage der Linien findet die Weiterbewegung in der gewünschten Linie statt, bei schräger Lage dagegen treten unwillkürliche Abweichungen der Augen bei dem einen in dieser, bei dem andern in jener Richtung ein. Diese Annahme findet Verf. bestätigt in Beobachtungen *Wundts* und *Lamanskys*. Auch treten bei horizontaler oder vertikaler Lage der zu beurteilenden Linien subjektive Verbindungslinien oder Streifen auf, die bei dem einen heller, bei dem andern dunkler als der Untergrund sind und die Schätzung der Fortsetzung erleichtern. Sind die Linien übrigens nicht weit voneinander entfernt, dann verschwindet die Täuschung, wie Verf. im Gegensatz zu *Wundt* und *Burmester* behauptet; nur bei sehr flüchtigem Hinsehen und so bedingtem sukzessiven Erfassen der Linien tritt sie auch in diesem Falle gelegentlich mit geringem Grade auf. Anders dagegen, wenn die Linien in Verbindung mit anderen Linien, z. B. einer Parallelen, über der oberen und unter der unteren oder mit dazwischen befindlichen Vertikalen gegeben sind. Unter diesen Umständen schwindet die Täuschung nur dann, wenn man die beiden zu beurteilenden Linien als einheitliches Ganzes vor den anderen im Bewußtsein hervortreten läßt. Der Grund für die Täuschung liegt dann darin, daß ein indirekt gesehenes Objekt die Aufmerksamkeit und den Blick auf sich lenkt. Daher scheinen auch bei zwei gleichen Vierecken, die aus zwei parallelen vertikalen Kreisbogen mit nach außen gerichteter Konvexität und zwei schrägen, von außen oben nach innen unten gerichteten Graden gebildet sind, die letzteren auf die Mitte der ihnen zugekehrten Kreisbogen zuzulaufen, sobald die zu beurteilenden nicht als einheitliches Ganzes im Bewußtsein hervortreten. — Indes noch andere Faktoren kommen bei all diesen Erscheinungen in Betracht. Zunächst die Zuordnung von Punkten. Nur auf Grund dieser bezeichnet man zwei gleiche Kreisbogen, die schon bei geringer Verlängerung sich schneiden würden, aber in je zwei senkrecht untereinander gelegenen Punkten gleichen Abstand haben und so auch eine ähnliche Gestaltqualität besitzen, als parallel. Bei Verlängerung bis zur Konver-

Digitized by Google

genz schwindet daher auch der Eindruck der Parallelität, da dann für die Vergleichung des Abstandes nur noch in der Mitte die senkrecht untereinander gelegenen Punkte einander zugeordnet werden, von hier an dagegen immer näher zueinander gelegene Punkte, je weiter man seitlich fortschreitet. Die so bedingte verschiedene Gestaltqualität läßt die Konvergenz schon bei momentaner Beleuchtung ohne Vergleichung der gedachten Verbindungslinien zwischen den zugeordneten Punkten erkennen. Diese Zuordnung läßt auch bei drei Paaren von Parallelen, welche in bezug auf den Abstand einander gleichen, von denen aber das eine senkrecht gelagert ist und die beiden anderen schräg und der Größe nach sehr verschieden voneinander sind, den Abstand der kurzen schrägen Parallelen größer erscheinen als den der senkrechten; man ordnet nämlich Punkte einander zu, die auf derselben Horizontalen liegen, so vor allem die Endpunkte. Der Abstand der langen schrägen Parallelen, die in der Mitte befindlich sind, wird gegenüber dem der kürzeren unterschätzt, weil dort sehr häufig auch schon von Laien senkrechte Verbindungslinien zur Bestimmung des Abstandes in Gedanken gezogen werden. Ferner wird durch die Zuordnung von Punkten eine von zwei parallelen schrägen Linien eingefaßte Horizontale unterschätzt gegenüber einer gleich großen, von zwei parallelen Vertikalen begrenzten Horizontalen; ist doch der Abstand zwischen den Begrenzungslinien dort kleiner als hier. Auch diese Täuschung schwindet daher, wenn die Horizontalen im Bewußtsein hervortreten. Aus ähnlichem Grunde scheinen schräge Parallelen mit Ansatzstücken unter stumpfem Winkel abwechselnd zu konvergieren und zu divergieren, je nachdem dies je zwei benachbarte Ansatzstücke tun, denn die Zuordnung der Punkte erfolgt bei Divergenz der Ansatzstücke auf Grund der Distanz der senkrecht untereinander gelegenen Punkte, bei Konvergenz auf Grund des senkrechten Abstandes der Parallelen. Treten daher die Mittelstücke isoliert von den Ansätzen im Bewußtsein hervor, dann schwindet wiederum die Täuschung. Dagegen vergrößert sie sich, wenn die Ansatzstücke aus gekrümmten Linien bestehen. Auf der Zuordnung von Punkten beruht endlich der verschiedene Eindruck, den ein Quadrat hervorruft, je nachdem es auf der Basis oder auf der Spitze steht; es werden nämlich immer zwei auf derselben Horizontalen bezw. Vertikalen gelegenen Punkte einander zugeordnet. Zieht man daher in dem auf der Spitze stehenden Quadrat Parallelen zu einer Seite, dann wird die Zuordnung der auf derselben Horizontalen gelegenen Punkte gestört und die Figur erhält die Gestaltqualität des auf der Basis ruhenden Quadrats. — Im letzten Abschnitt kehrt Verf. zu der Täuschung bei zwei schrägen, in derselben Richtung, aber voneinander entfernt liegenden Geraden zurück. Kombiniert man jede mit einer gleich langen Geraden, so daß zwei spitze Winkel mit einander zugekehrten Scheitelpunkten entstehen, dann scheint die untere Gerade sich erheblich über der oberen fortzusetzen, weil die Richtung der Mittellinien der Winkel sich unserem Bewußtsein aufdrängt. Erst wenn man daher die zu beurteilenden Schenkel im Bewußtsein hervortreten läßt, schwindet die Täuschung. Diese Bedingung ist schwer zu erfüllen und die Täuschung

Digitized by Google

demgemäß kaum zu vermeiden, wenn die Winkel schwarz ausgefüllt sind. Auf der Ablenkung einer gedachten Fortsetzung durch eine andere sich der Aufmerksamkeit aufdrängende Richtung beruht auch zum Teil die *Poggendorff*sche Täuschung, die ebenfalls verschwindet, wenn man die beiden Stücke der Transversalen durch eine subjektive Linie verbindet. Andererseits bleibt sie selbst bei Ausschluß der Augenbewegungen, da sie auf der Zuordnung von Punkten in Gedanken beruht. Daher wird sie um so geringer, je länger die Stücke der Transversalen sind und je mehr sie dadurch die Richtung der gedachten Fortsetzung bestimmen wie auch willkürlich im Bewußtsein herausgehoben werden können. Daher wird sie ferner um so geringer, in je spitzerem Winkel die Transversale die Parallelen trifft oder je größer der Abstand der letzteren ist; in beiden Fällen verlängert sich ja die in Gedanken zu konstruierende Fortsetzung. Auch die Zunahme der Täuschung bei der *Delboeuf*schen Modifikation, bei der das obere Transversalenstück um seinen Treffpunkt mit den Parallelen schräg nach unten gedreht ist, erklärt sich nunmehr dadurch, daß die Direktive des oberen Stückes vom indirekten Sehen her wegfällt. Wird diese durch ein Hervorheben des Treffpunkts in Form einer kleinen schwarzen Kreisfläche wiederhergestellt, dann wird dementsprechend auch die Täuschung geringer. Endlich tritt die Täuschung auch beim Ersatz der Parallelen durch andere geometrische Gebilde, z. B. durch zwei sich treffende Kreisbogen, ein, weil auch dann die Zuordnung der Punkte die nämliche bleibt. Indes kann diese nicht der alleinige Grund sein, da die Täuschung ganz wegfällt, wenn die beiden Stücke der Transversalen als einheitliches simultanes Ganzes aufgefaßt werden; dieses und damit die Beseitigung der Täuschung wird erleichtert durch dicke Zeichnung der Transversalenstücke oder durch Umwandlung der beiden Parallelen in eine Säule und der Transversalen in ein dahinter befindliches Seil, an dessen Ende je ein Mann zieht, oder endlich bei horizontaler bezw. vertikaler Lage der Transversalenstücke; im letzteren Falle wird übrigens nicht nur die simultane Auffassung der Transversalenstücke, sondern auch ihre subjektive Verbindung erleichtert. Indes auch noch andere Faktoren müssen bei der *Poggendorff*schen Täuschung eine Rolle spielen, da sie auch eintritt bei einem stumpfen Winkel, dessen einer Schenkel senkrecht steht und dessen anderer sich als kurzes Stück jenseits des Scheitelpunktes in einiger Entfernung fortsetzt. Durch eine andere als beabsichtigte Richtung entsteht endlich auch die Täuschung bei einer Vertikalen, zu deren Seiten zwei schräge Linien in verschiedener Höhe gelagert sind und ihr unter verschiedenem Winkel zustreben. Es ist schwerer, die Fortsetzung der unter dem spitzeren Winkel zustrebenden und höher gelegenen Schrägen in Gedanken bis zur Vertikalen weiterzuführen als etwa das Lot vom unteren Endpunkte jener auf diese zu fällen; daher wird auch häufig der Treffpunkt der Schrägen mit der Vertikalen zu tief angegeben. Bei der anderen Schrägen, deren oberer Endpunkt nahe dem Fußpunkt der Vertikalen gelegen ist, stellt sich leicht eine subjektive Verbindungslinie dieser beiden Punkte ein, während

Digitized by Google

die eigentliche Fortsetzung auch dieser Schrägen schwerer zu finden ist. Diese Neigung, naheliegende Endpunkte von Linien zu verbinden, bedingt auch die Richtungstäuschung zweier in einer Richtung gelegenen Linien, zwischen denen eine Horizontale sich befindet.

F. Kiesow, Über die einfachen Reaktionszeiten der taktilen Belastungsempfindung. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane. Bd. 35, S. 8—49.

Die angewandten Reize waren Belastungen vermittelst der *v. Frey*schen Reizhaare. Im Beobachtungszimmer befand sich der Reizapparat und ein *Cattell*scher Reaktionstaster, während im anstoßenden Experimentierzimmer das *Hipp*sche Chronoskop, welches durch den *Wundt*schen großen Kontrollhammer kontrolliert wurde, und ein Taster zur Herbeiführung des Stromschlusses und der Reizung stand; auch erfolgte von diesem Zimmer aus das Signal, dessen Abstand von der Reizung ein Metronom angab und 1,5 Sek. betrug. Metronomschlag, Uhrton und sonstige Geräusche wurden vom Beobachter ferngehalten durch Verschluß des Gehörganges mit Korkstöpseln. Der eigens konstruierte Reizapparat, dessen Abbildung der Arbeit beigegeben ist und den der Verf. „Elektroästhesiometer" nennt, ermöglichte den geräuschlosen Schluß einer Nebenleitung im Momente der Reizung, wie auch Änderung der Fallgeschwindigkeit und -Höhe des Hebels mit dem Reizhaare; er war befestigt an einem *Zimmermann*schen Universalstativ. Vor dem Beginn des Versuchs war das Reizhaar nie mehr als 0,5 mm von dem Tastpunkt entfernt. Die Reizfläche wurde zur Vermeidung störender Empfindungen nicht durch eine Gipsform, sondern durch Kissen unterstützt. Die Spannungswerte der verwandten Reizhaare waren 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10,5, 11 und 15 g pro Millimeter Radius. Bei gleichmäßiger Reizung mehrerer Tastpunkte auf der Fingerbeere kam noch ein sehr starker Reiz in Anwendung mittels eines eigens konstruierten Ästhesiometers, dessen Prinzip ebenfalls abgebildet ist und bei dem an die Stelle des Reizhaares ein Hölzchen mit einer Reizfläche von 0,2 qmm trat; mittels eines Schiebers war der Druck bis an die Schmerzgrenze variabel. Die Reizungen erfolgten mit so großer Geschwindigkeit, daß sie momentanen gleichwertig waren. Während des Versuchs schloß die Versuchsperson die Augen. Ein Assistent achtete darauf, daß der Tastpunkt, der mit roter Anilintinte im Umkreis von 1 mm umrandet und mit der Lupe aufgesucht war, in vorgeschriebener Weise getroffen wurde. Die Versuche erfolgten in Reihen von je 10 oder 15 schnell aufeinanderfolgenden Einzelbestimmungen; ihnen gingen längere Vorübungen voraus; zuerst wurden auch die beiden ersten Werte stets gestrichen, später nur noch die vom Beobachter signalisierten. Zwischen den einzelnen Reihen lagen längere Pausen; dauerte eine Sitzung länger als eine Stunde, dann trat nach dieser eine längere Unterbrechung zur Erholung ein; zumeist aber wurde nicht länger als ½ Stunde experimentiert. Die Lebensweise blieb bei der

Digitized by Google

Hauptversuchsperson, dem Verf., während der Versuchtage die nämliche. Die Temperatur des Beobachtungszimmers bewegte sich zwischen 18 und 23° C. — Die Ergebnisse werden in allgemeine und spezielle geteilt. Im Gegensatz zu *Cattell* findet Verf. die *Lange*sche Unterscheidung zwischen muskulärer und sensorieller Reaktion berechtigt und fügt noch hinzu die indifferente, bei der sich die Aufmerksamkeit gegen Eindruck wie Bewegung indifferent verhielt und vielmehr gespannt auf eine durch leichtes Pressen der Zungenspitze gegen die obere Zahnreihe erzeugte Empfindung gerichtet war. Schon bei gelegentlichen Versuchen mit taktilen und akustischen Reizen von höchsterreichbarer Intensität fand Verf., daß von selbst die Reaktionszeiten bei den einen der muskulären, bei den anderen der sensoriellen Reaktion sich näherten, und daß bei einer dritten Gruppe eine Tendenz zu möglichst schneller Erfassung des Eindrucks wie Ausführung der Bewegung vorhanden war, so daß die Reaktion einen gemischten Charakter annahm. Natürlich kannten die Versuchspersonen die *Lange*sche Unterscheidung nicht. Von den vier Versuchspersonen, mit denen nun die dieser Arbeit zugrunde liegenden Versuche angestellt sind, gehörten zwei dem gemischten, je einer dem sensoriellen und muskulären Typus an: auch diese wußten nichts von den verschiedenen Reaktionsarten. Begonnen wurde mit starken Reizen: es bildete sich bei ihnen in dem muskulären Typ bald eine extrem muskuläre Reaktion mit der charakteristischen mittleren Variation, mit häufigen Fehl- und vorzeitigen Reaktionen heraus; die beiden Vertreter des gemischten Typs zeigten selten Fehlreaktionen und ihre Zeiten wie mittleren Variationen hielten die Mitte zwischen denen der beiden anderen Versuchspersonen; auch stimmten ihre beiden Mittelwerte untereinander überein, obgleich gerade beim gemischten Typ eher individuelle Differenzen infolge der Unmöglichkeit, die Aufmerksamkeit gleichmäßig zu verteilen, zu erwarten wären. Die eine dieser beiden Versuchspersonen — eine Dame — hatte während des Reagierens visuelle Bilder. Bei dem sensoriellen Typ stellte sich bei dieser Reizstärke nur die Tendenz zur sensoriellen Reaktion ein, indem der Wunsch nach Vermeidung einer Verzögerung in der Reaktion nebenherging; Fehlreaktionen traten nur am Anfang und auch dann nur selten auf; auch hier waren deutliche visuelle Bilder vom Reizapparate oder der Applikationsstelle vorhanden. Deutlicher unterschieden sich die drei Typen bei Reizen mittlerer Intensität mit einem Reizhaar von 6 g mm Spannungswert. Der sensorielle Typ hatte allerdings immer noch das Bestreben, eine Verzögerung zu vermeiden, aber die Mittelwerte blieben jetzt nicht mehr weit hinter denen bei extrem sensorieller Reaktion und maximaler Übung zurück. Beim muskulären Typ stellte sich im Gegensatze zu den beiden anderen eine Verkürzung ein: er suchte durch Willensanstrengung der Verringerung der Intensität entgegenzuarbeiten. Die Mittelwerte der beiden Vertreter des gemischten Typs behielten die Mitte zwischen den beiden Extremen und waren wieder untereinander gleich. Als dann die Reizintensität bis zur Erschwerung der muskulären Reaktion herabgemindert wurde, stellte sich

Digitized by Google

beim sensoriellen Typ eine ausgeprägte sensorielle Reaktion ein, da der Gedanke an die Bewegung nicht mehr störte; der muskuläre Typ zeigte jetzt einen längeren Mittelwert trotz des Bestrebens die Verringerung der Intensität durch Willensanstrengung zu kompensieren; auch die Mittelwerte der gemischten Typen verlängerten sich, behielten aber ihre Mittelstellung zwischen denen der beiden anderen. Es bringt also jede Versuchsperson den Reaktionsversuchen von Hause aus eine bestimmte Anlage entgegen, welche durch fortgesetzte Übung sich in der Richtung eines ganz bestimmten Typus ausbildet. Daher zum wesentlichen Teil die persönlichen Unterschiede, bei deren Entstehung allerdings auch äußere Bedingungen, denen gegenüber die Versuchspersonen sich verschieden verhalten, Altersdifferenzen, vererbte und erworbene anatomisch-physiologische Verschiedenheiten, z. B. in der Schnelligkeit und Regelmäßigkeit der Fingerbewegung, mitwirken. Alle diese Faktoren bedingen auch Unterabteilungen innerhalb eines Typus. Auch pathologische Zustände kommen hierbei in Betracht. So führten intelligente und wissenschaftlich geschulte, aber neurasthenische Versuchspersonen die Reaktion sehr schnell und sicher aus. Die Visualisation hat mit der Anlage zu einem bestimmten Reaktionstyp nichts zu tun. So hatte der muskuläre Typ die Fähigkeit hierzu, ohne daß sich aber je ein Bild während der Versuche einstellte. Immerhin wird durch das visuelle Bild die durch Anlage oder Wille bedingte Aufmerksamkeitsrichtung besser festgehalten und eine größere Regelmäßigkeit der einzelnen Reaktionen herbeigeführt; auch erleichtert es die Einübung in einer bestimmten Richtung. Das Objekt der Visualisation kann verschieden sein, das Ästhesiometer, der Taster, die Reizstelle usw. Bei dem Verf., der keine Tendenz zur Visualisation hat, stellten sich anfangs zuweilen nach Augenschluß Nachbilder des Reizhaares oder Reaktionstasters ein, die sich öfter wiederholten. — Daß nicht nur Anlage, sondern auch willkürliche Aufmerksamkeitsrichtung auf die Reaktionsart von Einfluß ist, erwiesen neben den zahlreichen Versuchen, die Verf. an sich anstellte, folgende Versuche. Als der muskuläre Typ nach Beendigung der erwähnten Reihen mit natürlicher Reaktionsform aufgefordert wurde, seine Aufmerksamkeit dem Eindruck zuzuwenden, stieg der Mittelwert von 128 auf 238 σ und die mittlere Variation von 13 auf 19; umgekehrt sank beim sensoriellen Typ infolge der Aufforderung, die Aufmerksamkeit der Reaktion zuzuwenden, der Mittelwert von 213 auf 168 σ; die Aufforderung zur sensoriellen Reaktion rief endlich beim gemischten Typ ein Steigen des Mittelwertes von 168 auf 195 σ. Im übrigen ist es bei manchen Versuchspersonen schwierig, sie zu regelmäßiger Reaktion in bestimmter Richtung, namentlich sensorieller, einzuüben. Von Wichtigkeit ist hierbei die Reizintensität. Je stärker diese ist, um so schwieriger ist die sensorielle Reaktion, daher ist für die Einübung auf diese der Beginn mit schwachen Reizen empfehlenswert; das Umgekehrte gilt für die muskuläre Reaktionsform; für die Einübung auf die indifferente Form sind mittelstarke Reize am günstigsten. Geschmacksempfindungen lassen eine

Digitized by Google

muskuläre Reaktion nicht zu infolge des langsamen Ansteigens der Empfindung von einem schwer wahrnehmbaren Intensitätsminimum: ähnlich steht es vielleicht auch mit dem Geruchssinn. — Die von *Wundt* konstatierte schnelle Abnahme der Reaktionszeit mit Zunahme der Intensität von der Schwelle bis zu einem gewissen Grade, um dann ganz oder annähernd konstant zu bleiben, findet Verf. in Versuchen an isoliert stehenden Tastpunkten des linken haarfreien Handgelenks bei sensorieller Reaktion bestätigt; bei den beiden anderen Reaktionsarten trat infolge größerer Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Nervenstroms bei Zunahme der Belastung die Konstanz später ein; bei Reizung eines Tastpunktes der linken Mittelfingerbeere mit ihren vielen Tastorganen zeigten alle drei Reaktionsformen noch bei der höchsten Intensität eine Verkürzung der Zeit, wahrscheinlich infolge indirekter Miterregung benachbarter Organe. Um den von *Wundt* an der Reizhöhe beobachteten Schreck und die damit verbundene abermalige Verkürzung hervorzurufen, waren die Reize zu schwach, sollten sie nicht die Schmerzorgane mittreffen; erfolgte aber für das Signal ein starker Schallreiz oder für einen schwachen Reiz, auf den die Aufmerksamkeit eingestellt war, ein starker, dann stellte sich eine Verzögerung ein. Jedenfalls komplizieren sich die Versuche durch den Schreck, auch sind hierbei individuelle Differenzen und Gewöhnung von Einfluß. — Am Schlusse dieses Abschnittes sucht Verf. den Widerspruch seiner Ergebnisse mit denen *Cattells* zu erklären: Zwei Versuchspersonen waren bei diesem von muskulärem Typ, sie reagierten dementsprechend selbst bei sensorieller Richtung der Aufmerksamkeit; infolge des hohen Übungsgrades fehlten die vorzeitigen und Fehlreaktionen. Daß bei der dritten Versuchsperson die muskuläre Reaktion länger dauerte als die sensorielle, liegt daran, daß es sich um einen sensoriellen Typ handelte, der die ihm naturwidrige Reaktionsform schwerer fand, wie auch bei Geschmacksempfindungen der Versuch, muskulär zu reagieren, abnorm hohe Zeiten und Schwankungen herbeiführt. — Unter den „speziellen Ergebnissen" teilt Verf. das arithmetische Mittel, die mittlere Variation und die zwischen 30 und 100 sich bewegende Anzahl der Einzelbestimmungen bei jeder der drei angewandten Reizintensitäten für die vier Versuchspersonen mit; die Reizstelle war hierbei immer ein Tastpunkt auf der linken Mittelfingerbeere, dessen Empfindlichkeit einem Schwellenwert von ca. 1 g mm entsprach. Es folgt die tabellarische Zusammenstellung der gleichen Werte bei Reizungen der gleichen Handstelle an dem Verf.; die angewandten Reizintensitäten waren hier sieben verschiedene, die Reaktionsarten die erwähnten drei; da ferner die Anzahl der Einzelfälle hier fast bei jeder Versuchsbedingung 200 beträgt, so sind stets neben den Gesamtdurchschnittswerten auch noch die für das erste und zweite Hundert gesondert berechnet; endlich wird auch noch für jede Reaktionsart und Reizintensität die Häufigkeit der Einzelwerte für jeden Zehnerraum von 5 zusammengestellt. In gleicher Weise werden die gleichen Versuche bei Reizung isoliert stehender reiner Tastpunkte im haarfreien Bezirk des linken Vorderarms, ca. 4 cm von der Handgelenksfalte entfernt, behandelt; die Emp-

Digitized by Google

findlichkeit eines solchen Punktes entsprach dem Schwellenwert von 0.75 g/mm. Versuchsperson war wiederum der Verf. — Die Häufigkeitstabellen zeigen jedesmal ein allmähliches Ansteigen zum Maximum und von diesem wieder ein allmähliches Abfallen; bei der muskulären Reaktion fallen Maximum und arithmetisches Mittel in denselben Zehnerraum; auch sind hier die beiden Äste kleiner als bei den beiden anderen Reaktionsformen. Als dritte Hautstelle an dem Verf. wurde ein isoliert stehender Haarpunkt von 1 g/mm Schwellenwert an der Haargrenze der Beugeseite des linken Unterarms gewählt: die Belastung betrug hier stets 6 g/mm und die Anzahl der Fälle nur je 100 bei muskulärer und sensorieller Reaktion; die Häufigkeitstabelle ist hier wie bei den folgenden Versuchen nicht angegeben. Diese betreffen zunächst nochmals den Einfluß der Reizintensität auf die Zeit bei punktueller Reizung der linken Mittelfingerbeere, des linken Oberarms an der Beugeseite und des linken Unterschenkels an dem unteren Ende der Vorderseite; die Empfindlichkeit war immer von 1 g/mm Schwellenwert: die Anzahl der Einzelbeobachtungen bei jeder Versuchsbedingung betrug 100 und die verschiedenen Reizintensitäten 6 und 10 oder 15 g/mm: Versuchsperson war auch hier Verf. Daß die Mittelwerte an der Fingerbeere am geringsten sind, wird durch das Zusammenwirken mehrerer Organe und durch den Umstand, daß die Fingerbeeren eigentliche Tastflächen sind erklärt. Den Einfluß des ersten Faktors zeigt die Tatsache, daß unterschwellige Reize überschwellig werden, sobald man sie über die Fingerbeere schnell hinstreichen läßt. Diese bevorzugte Stellung kommt allen fünf Fingerbeeren zu, wie Verf. ziffernmäßig auf Grund von je 100 Versuchen bei einer Belastung mit 6 g/mm und bei muskulärer Reaktion nachweist. — Endlich werden noch die Ergebnisse von sogenannten Kontrollversuchen an dem Verf. mitgeteilt. Nach Beendigung der erwähnten Versuche wurden die Versuche an der linken Mittelfingerbeere und an dem haarfreien Bezirk des linken Vorderarms mit mehreren Belastungen in je 100 Einzelversuchen wiederholt. Es ergab sich für die sensorielle Reaktion eine Konstanz der Werte, während sie bei der muskulären Form Schwankungen unterliegen; der Grund der letzteren ist mit Sicherheit nicht angebbar, vielleicht liegt er in Temperaturänderungen des Beobachtungszimmers oder anders bedingten Zustandsänderungen der Organe; jedenfalls werden die Schwankungen durch Richtung der Aufmerksamkeit auf den Eindruck kompensiert.

So überzeugend auch die Ergebnisse in bezug auf die naturgemäße Anlage zu verschiedenen Reaktionsformen ist, so berechtigt sind doch anderseits die Bedenken, daß der Einfluß der willkürlichen Aufmerksamkeitsrichtung fast ausschließlich am Verf. selbst untersucht wurde. Dies fällt um so schwerer ins Gewicht, als die wenigen Versuche in dieser Richtung an den anderen Versuchspersonen die auffällige Tatsache zeigen, daß die Aufforderung zur muskulären Reaktion bei dem sensoriellen Typ im Gegensatze zur Zeit eine Vergrößerung der mittleren Variation und die Aufforderung zur sensoriellen Reaktion bei dem gemischten Typ wiederum im Gegensatz zur Zeit

Digitized by Google

eine Verringerung der mittleren Variation ergab. Wenn ferner die Erklärung des Verf.s für die abweichenden *Cattell*schen Ergebnisse richtig ist, warum konnte Verf. bei seinen Versuchspersonen und sich selbst so leicht einen Wechsel der Reaktionsform und dementsprechende Änderung der Zeiten hervorrufen und bei den ersteren obenein noch nach so vielen Versuchen in ihre natürlichen Reaktionsform! Das Verhältnis der „indifferenten" zur „gemischten" Reaktionsform wird aus der Arbeit nicht klar. Das Auftreten von visuellen Bildern scheint mir in viel engerer Beziehung zur Reaktionsform zu stehen, als Verf. gelten lassen will. Die mangelnde Konstanz des Mittelwertes bei den Kontrollversuchen mit muskulärer Reaktion hat vielleicht ihren Grund in der großen Abhängigkeit dieser Reaktionsform von der Übung. Zum Schluß sei noch ein eigenartiger Widerspruch erwähnt. Auf S. 45 sucht Verf. nach Gründen dafür, daß die Fingerbeeren die kürzeste Zeit bedingen; auf Grund seiner Tabelle sind aber die Zeiten für den Oberarm kürzer als für die Fingerbeere.

3. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Ernst Schultze-Greifswald.

Näcke, P., Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin. Mit Bemerkungen über Homosexualität. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Bd., 2. und 3. Heft.

Verf. hat durch Vermittelung von Dr. *Hirschfeld* eine Monatsversammlung des wissenschaftlich-humanitären Komitees, sowie verschiedene Wirtschaften, von einem Lokale niedersten Ranges bis zu dem Privatzirkel eines reichen adligen Herrn, besuchen können. Was er dort gesehen, gehört und erfahren hat, teilt er uns mit.

In allen Lokalen herrschte ein durchaus ruhiger, anständiger Ton. Alte Leute waren selten. Kaufleute der Frauenkonfektion und Bühnenkünstler stellen viele Homosexuelle. Manche werden sich ihres eigentlichen sexuellen Fühlens erst spät bewußt; Homosexuelle sollten baldmöglichst aufgeklärt werden und nicht heiraten. Wenn dennoch, sollten nur Urninge Urninden ehelichen: das gibt zwar keine Ehe, aber freundschaftliche Kameradschaft. Selten besteht Homosexualität in der Ascendenz. Relativ häufig findet sie sich bei Vettern und Geschwistern. Deutlich Effeminierte finden sich nur in sehr geringer Zahl unter den Homosexuellen. Ein ziemlicher Teil ist in gewöhnlichem Sinne leidlich normal, so daß Verf. geneigt ist, die Homosexualität als eine normale, seltenere Variation des Geschlechtstriebes anzusehen, höchstens als Anomalie, leichte Mißbildung, nicht aber als Krankheit. Ein eigentlich deutlich degeneriertes Gesicht hat Verf. nicht gesehen. Weder Stimme noch Bartentwicklung der jungen Leute sind Verf. aufgefallen.

Digitized by Google

Aschaffenburg, Gustav, Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 1. Heft.

Seit kurzem erscheint die obige Zeitschrift, die dank ihrem rührigen Herausgeber eine große Reihe trefflicher und beachtenswerter Aufsätze gebracht hat. Das Ansehen, welches sich die Zeitschrift in der kurzen Zeit ihres Bestehens bereits erworben hat, beweist einmal, daß sie einem tatsächlich vorhandenen Bedürfnisse gerecht wurde, dann aber auch, daß der Herausgeber, der sich durch sein Buch „Das Verbrechen und seine Bekämpfung" (siehe diese Zeitschrift 1904, Literaturheft, S. 66) eine führende Stellung erworben hat, der geeignete Mann war.

A. gibt im obigen Aufsatz, mit dem er seine Zeitschrift eröffnet, in großen Zügen durchaus maßvoll deren Programm: wissenschaftliche Erforschung der Psychologie des Verbrechens und des Verbrechers und eine darauf aufgebaute Anpassung der gesellschaftlichen Reaktion an die Individualität des Rechtsbrechers bis zur äußersten Möglichkeit.

Auch diese Zeitschrift wird hier referiert werden.

Leppmann, Die strafrechtliche Behandlung der geistig Minderwertigen. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. No. 17.

Vom Deutschen Juristentag ist Geheimrat *Kahl*-Berlin mit der Erstattung eines Gutachtens über die gesetzliche Unterbringung der Minderwertigen beauftragt worden. Verf. ist mit einem Korreferat betraut worden, über dessen Grundzüge er im vorliegenden Aufsatze Rechenschaft ablegt. Maßgebend für seine Stellungnahme war vor allem das Bestreben, jede Verquickung von Strafe und sichernder Fürsorge streng zu vermeiden.

Kahl will die Reform dann angewandt wissen, „wenn der Täter bei Begehung der strafbaren Handlung sich in einem andauernd krankhaften Zustande befunden hat, welcher das Verständnis für die Bestimmungen des Strafgesetzes oder die Widerstandskraft gegen strafbares Handeln verminderte". Diese Prägung des Begriffs, die notwendig ist, hält Verf. für glücklich gewählt und auch für den ärztlichen Sachverständigen praktisch verwendbar. Verf. wünscht im Gegensatz zu *Kahl* mit *v. Liszt* und der internationalen kriminalistischen Vereinigung den Erlaß eines besonderen, der sonstigen Strafgesetzreform vorausgehenden Gesetzes.

Minderwertige sind milder zu bestrafen. Die Strafe muß in besonderen Abteilungen der Zwangsanstalten vollzogen werden. Die gesetzliche Einführung der bedingten Strafaussetzung ist zu befürworten. Bei jugendlichen Minderwertigen soll an Stelle der Strafe die Überweisung in staatlich überwachte Erziehung treten können; das ist nicht nur eine Forderung der Gerechtigkeit, sondern liegt auch im Interesse der Gesellschaft.

Kahl will eine Gruppe von Minderwertigen in besonderen Sicherungsanstalten ihre Strafe abbüßen lassen und sie auch darüber hinaus darin ver-

Digitized by Google

wahren, bis der Wegfall der Gemeingefährlichkeit bewiesen ist. Ob Gemeingefährlichkeit bei ihnen vorauszusetzen ist, entscheidet das Strafurteil. Dagegen hat Verf. gewichtige Bedenken. Die Schätzung soll erst nach begonnenem Strafvollzug erfolgen und zwar durch ein Feststellungsverfahren, welches analog ist dem Entmündigungsverfahren. Dieser Behörde würde auch die Aufgabe zufallen, die vorzeitige Entlassung Gemeingefährlicher, teils Minderwertiger, teils Geisteskranker, aus den öffentlichen Irrenanstalten zu verhindern. Jeder, der wegen geistiger Minderwertigkeit milder bestraft ist, ist staatlichen Sicherungsmaßregeln zu unterstellen, welche den Zweck haben, gemeingefährliche Handlungen teils durch Festhaltung in geeigneten Anstalten, teils durch Beaufsichtigung außerhalb solcher zu verhüten. Die Kontrolle soll in erster Linie durch geschulte, beamtete Ärzte erfolgen. Die Reform soll auch die Minderwertigen umfassen, von welchen die Begehung strafbarer Handlungen infolge ihrer Geistesmängel zu besorgen steht.

Popow, Richard, Die Notwendigkeit kriminologischer Einzelbeobachtungen. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Bd., 2. und 3. Heft.

Um die Ursachen der Verbrechen kennen zu lernen, hatte *v. Liszt* die Vergleichung der Kriminalstatistik kleinerer Kreise empfohlen. Verf. verspricht sich größeren Erfolg von der exakten Beschreibung einer großen Reihe von einzelnen, gut beobachteten Kriminalfällen. Solche Beobachtungen brauchen ja auch nicht erst angestellt, sondern nur niedergeschrieben zu werden. Aus einer großen Anzahl verwandter Deliktsfälle kann so das allen Gemeinsame abstrahiert, das Typische festgestellt werden. So könnte man eine Kriminalpsychologie einzelner bestimmter Klassen oder Berufe schaffen oder den Einfluß einzelner bestimmter Faktoren ermitteln. Mit der Zahl der Fälle wächst natürlich auch die Zuverlässigkeit der Resultate. Die Kriminalpolitik würde aus einer derartigen Arbeit nicht geringen Nutzen ziehen.

Der Schluß des Heftes bringt bereits einige, kurz mitgeteilte, interessante Fälle: *Groß*, der Herausgeber des Archivs, ist der Anregung des Verf. gefolgt und wird in Übereinstimmung mit *v. Liszt* im Archiv eine Sammlung von Tatsachenmaterial bringen, das die Faktoren des Verbrechens, seine Erscheinungsformen oder sonstige bemerkenswerte kriminalpsychologischen Momente berücksichtigen soll.

Wertheimer, Max, und *Klein, Julius*, Psychologische Tatbestandsdiagnostik. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Bd., 1. Heft.

Verff. setzen des genaueren auseinander, welche Wege die Experimentalpsychologie einzuschlagen hat, soll sie uns helfen, die etwaige Anteilnahme eines bestimmten Individuums an einem Verbrechen zu ermitteln.

Digitized by Google

Lohsing, Zur Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Bd., 2. und 3. Heft.

Verf. deutet das Wort „unbefugt" des § 300 St.G.B. entsprechend seiner Anwendung in anderen Paragraphen des St.G.B. als gleichbedeutend mit „dem objektiven Recht zuwider" und stellt sich damit in einen Gegensatz zu *Groß* und *Moll*. De lege ferenda will er den § 300 auch auf die Angehörigen und Bediensteten der im genannten Paragraphen ausdrücklich hervorgehobenen Personen ausgedehnt wissen, sowie auf die Zuhörer von Vorlesungen, damit in ihnen unbesorgt Kranke demonstriert werden können.

Hellwig, Albert, Zur Verhütung von Meineiden. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 17. Bd., 3. und 4. Heft.

Vielfach herrscht der Aberglaube, daß man die Entdeckung eines Meineides sicher verhüten kann, wenn die Innenfläche der schwörenden Hand dem Richter zugewendet wird oder wenn man einen oder mehrere Finger der linken, hinter den Rücken gehaltenen Hand streckt. Der den Eid abnehmende Richter soll die Verwertung eines solchen Aberglaubens verhüten: eine Sammelforschung soll nun die verschiedenen Zeremonien kennen lehren.

Hahn, Zum Thema über die falschen Wahrnehmungen von Verletzten. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 17. Bd., 3. und 4. Heft.

Ein Schuß in den Oberschenkel von hinten wurde von dem Verletzten gedeutet, als ob er einen Schlag in die linke Weiche erhalten hätte und zwar von vorne.

Folke, Stefan, Beitrag zur forensischen Kasuistik der solitären Erinnerungstäuschungen. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 18. Bd., 1. Heft.

X. gab an, in einer Nacht überfallen und beraubt zu sein: mit aller Sicherheit beschuldigte er den Y. der Tat: er wiederholte seine Aussagen vor Gericht unter Eid, und daraufhin wurde Y. zu zehn Jahren schweren Kerkers verurteilt.

Y. bestritt auch nachher alle Schuld, behauptete das Opfer eines Irrtums seitens X. zu sein und verlangte die Wiederaufnahme des Verfahrens. Die Berufungsinstanz rechnete mit der Möglichkeit einer psychischen Anomalie bei X. und ordnete daher psychiatrische Begutachtung an. Diese ergab, daß eine wichtige Episode aus der kritischen Zeit ganz fehlte in dem Gedächtnisse des X.; seine Angaben sind sehr lückenhaft, differieren in wesentlichen Momenten, und neue Details werden jetzt noch hinzugefügt. Andererseits

Digitized by Google

war Y., wie nachgewiesen wurde, am fraglichen Tage zu Hause, und man fand bei ihm keine Spuren des Verbrechens. Eine Reihe von Zeugenaussagen machten die Angaben von X. recht unwahrscheinlich. Es wurde daher bei X. eine Erinnerungstäuschung angenommen, die sofort nach der Verletzung einsetzte und in seinem Bewußtsein eine dominierende Stellung einnimmt. Die Ursache der Erinnerungstäuschung waren die Alkoholwirkung und die ihm von einem dritten Individuum gegebenen Schläge auf den Kopf.

Das Verfahren wurde wieder aufgenommen, und Y. in Freiheit gesetzt.

Steinbiß, Walter, Über einen seltenen Fall transitorischer Bewußtseinsstörung. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Bd., 4. Heft.

Der 28jährige Pfleger einer Irrenanstalt verläßt in einer Nacht sehr eilig die Anstalt, nachdem er sich vorher vollständig angekleidet und alle Türen ordnungsmäßig verschlossen hatte. Am andern Morgen wird er vermißt. Er erscheint dann im Laufe des Vormittags, ohne Kopfbedeckung, mit nur einem Schuh, mit ganz durchnäßten und beschmutzten Kleidern. Er erkundigt sich nach dem Kranken X., der in der Nacht entwichen sei und den er versucht habe wieder einzuholen. Die Konfrontation mit X., der in Wirklichkeit die Anstalt überhaupt nicht verlassen hat, und dessen Angabe klären den Pfleger auf: dieser hat recht lückenhafte Erinnerung an die nächtliche Reise. Den eingeschlagenen Weg kann er nicht angeben. Er verfolgte den Kranken X. und verlor seine Spur, als er sich im Graben fand, bis an den Hals im Wasser stehend. Dann kehrte er heim; auch für den Rückweg schlechte Erinnerung.

Der Pfleger ist etwas rechthaberisch, heftig, von mäßiger Intelligenz, nüchtern. Nichts Pathologisches sonst nachweisbar. Inzwischen sind vier Jahre verflossen, und nichts Ähnliches ist passiert.

Weder Epilepsie noch Hysterie, Neurasthenie oder Alkoholwirkung können in Betracht kommen. Verf. spricht von einer weitgehenden transitorischen Bewußtseinstrübung im Anschluß an den Schlaf.

Das Fehlen jeder strafrechtlichen Bedeutung macht die Mitteilung doppelt interessant.

— *y* —. Die Ermordung eines fünfjährigen Knaben. Aberglaube des Mörders. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 17. Bd., 1. und 2. Heft.

Der Mörder hatte sein Opfer schrecklich verstümmelt und Herz, Leber und beide Nieren entfernt. Er hatte in einem sog. „ägyptischen Buche" vor Jahren gelesen, daß gepulverte Herzen, Leber und Nieren ganz junger Kinder einem Gewehre unfehlbare Treffsicherheit verleihen und auch als Liebesmittel dienen. Später verging dem Mörder freilich die Lust, die Organe zu trocknen und zu pulvern.

Digitized by Google

Lohsing. Ein Vorschlag zur Verminderung der Beschäftigungslosigkeit in den österreichischen Gerichtsgefängnissen. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Bd., 2. und 3. Heft.

Verf. schlägt die Übertragung literarischer Werke in die *Braille*sche Blindenpunktschrift durch die Sträflinge vor. Das österreichische Justizministerium hat diese Anregung erfreulicherweise bereits aufgegriffen und den neuen Arbeitszweig versuchsweise eingeführt (Arch. f. Kriminalanth., Bd. 17., S. 160 ff.). Der Verein „Zentralbibliothek für Blinde" ermöglichte eine Entlohnung der Arbeitsleistung.

Weygandt, W., Psychiatrische Begutachtung bei Vergehen und Verbrechen im Amt eines degenerativ-homosexuellen Alkoholisten. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 17. Band, 3. und 4. Heft.

Ein sehr ausführliches, aber infolge einer vorausgesandten Disposition doch recht übersichtliches, lesenswertes Gutachten über einen Juristen, der wegen einer Anzahl von Unterschlagungen angeklagt war sowie wegen der vorsätzlichen Vernichtung einer Urkunde in der Absicht, sich einen Vermögensvorteil zu verschaffen. Das Gutachten führt überzeugend aus, daß angeborene geistige Entartung in Verbindung mit chronischem Alkoholismus vorlag. Eine Herabsetzung der Zurechnungsfähigkeit ließ sich nicht leugnen; von der Anwendung des § 51 konnte keine Rede sein. Verurteilung zu vier Jahren Gefängnis; die Beseitigung der Urkunde konnte nicht erwiesen werden.

Das Fehlen einer verminderten Zurechnungsfähigkeit im Gesetz läßt sich nach mancher Autoren Ansicht ergänzen durch die Verwertung mildernder Umstände; solche sind indes bei den hier in Betracht kommenden §§ 349 und 350 St.G.B. nicht vorgesehen.

Wilhelm, Eugen. Ein Fall von sogenannter „Kleptomanie". Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 16. Band, 1. und 2. Heft.

Ein Studiosus der Medizin hatte zwei Stöcke und zwei Überzieher gestohlen; ein Motiv für die Diebstähle fehlte. Intellektuell und ethisch erwies er sich als geschwächt. Er war belastet. In der Haft hatte er einen halluzinatorischen Erregungszustand durchgemacht. Der Psychiater sah bei ihm im Anschluß an unregelmäßig aufeinanderfolgende Depressions- und Erregungszustände eine progressive intellektuelle Schwäche, die ihn verhinderte, plötzlich auftretenden Impulsen, sich fremde Gegenstände anzueignen, zu widerstehen; erst hinterher wurde er sich des Strafbaren bewußt. Daraufhin wurde der Angeklagte freigesprochen.

Digitized by Google

Verf. schließt sachgemäße Ausführungen über die sogenannte „Kleptomanie" an. Findet sich Stehltrieb bei einem Kranken, so handelt es sich entweder um eine impulsive Handlung, oder es liegt eine Zwangshandlung vor oder es sprechen Motive der Gewinnsucht und der Bereicherungsabsicht bei einem Kranken mit. Diese drei Kategorien können natürlich ineinander übergehen.

Groß, Hans. Zum Falle „Ein Kannibale" (von Staatsanwalt Dr. Nemanitsch). Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 16. Band, 1. und 2. Heft.

Vor Jahren hatte ein Mann angegeben, daß er seine Tochter, die schon längere Zeit vermißt war, im Walde erwürgt und nach Hause getragen habe; dort zerstückelte er sein Kind mit Hilfe seines Weibes, verbrannte Teile im Ofen, briet einen Teil und aß davon. Dies Geständnis wiederholte er des öfteren, und verschiedene Umstände sprachen für die Schuld der Eltern: sie wurden verurteilt, der Vater zu lebenslänglichem, die Mutter wegen Vorschubleistung zu drei Jahren Kerker.

Einige Jahre später wurde eine Diebin mit aller Sicherheit als die Vermißte und angeblich Ermordete identifiziert.

Die psychiatrische Untersuchung des Mannes stellte fest, daß er damals sowohl wie heute geistesgestört war; leider erfahren wir von der Störung nur, daß sie bei psychopathischer Veranlagung durch langdauernde intensive Gemütsaffekte ausgelöst war.

Die Frau bestritt damals zuerst jede Schuld. Später gab sie die Tat zu und zwar, wie sich jetzt herausstellte, nur deshalb, weil der Priester der leugnenden Frau die Absolution verweigerte, wenn sie das Leugnen nicht aufgebe.

Siefert. Zur Frage der Schlaftrunkenheit. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 16. Band, 3. und 4. Heft.

Der Täter hatte eine normale körperliche und geistige Entwicklung durchgemacht, war Trinker und neigte zu Gewalttätigkeiten und Rohheiten. In einer Nacht hatte er einen ihm fremden Mann, der in demselben Zimmer mit ihm schlief, tödlich verletzt. Gleich nach der Tat erschien er verschiedenen Zeugen sehr aufgeregt, wie rasend oder tobsüchtig; er beklagte sich, daß man ihn habe ermorden und bestehlen wollen, der Mörder sei durchs Fenster hereingekommen — in der Tat hatte der Täter vorher laut geschrien: Hilfe! Hilfe! hier ist ein Mörder — und ließ seine Wut nicht nur in Worten an dem Leichnam aus. Sehr mangelhafte Erinnerung. Nach Lage der Sache war es wahrscheinlich, daß der Ermordete in der Nacht das Zimmer verließ, dabei vielleicht dem Bette des Täters zu nahe kam und so bei diesem eine völlige Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse herbeiführte. Das Medizinal-

Digitized by Google

kollegium äußerte sich dahin, daß der Täter infolge seines trunkenen Zustandes Wahnvorstellungen hatte, unter denen er die Tat begangen hat.

Verf. weist besonders noch hin auf den abnorm tiefen Schlaf, den voraufgegangenen reichlichen Alkoholgenuß, die völlig fremde Umgebung und das plötzliche Erwachen als Momente, welche bei derartigen Tätern nicht außer acht gelassen werden dürfen.

Placzek, Experimentelle Untersuchungen über die Zeugenaussagen Schwachsinniger. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 18. Band, 1. Heft.

Ist schon die Zeugenaussage von normalen Personen, insbesondere von Kindern, nur mit aller Vorsicht zu verwerten, wie Verf. an der Hand der Literatur und mit geschickt gewählten Beispielen dartut, so gilt das in noch erhöhtem Maße von der Aussage Schwachsinniger.

Verf. füllt nun eine Lücke aus, indem er Schwachsinnige experimentalpsychologisch untersuchte hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit. Das Material einer Privaterziehungsanstalt für Geistesschwache stand ihm zur Verfügung; er beschränkt aber seine Untersuchung auf solche Individuen, die gegebenenfalls auch wirklich in die Lage kommen könnten, vor Gericht aussagen zu müssen. Verf. befolgte die Methodik *Sterns*, vermied aber dessen Fehler und wählte möglichst einfache Aufgaben. Das Ergebnis ist ein wenig erfreuliches. Die Fehlerhaftigkeit der Aussage, die Unzulänglichkeit der spontanen Berichtsfähigkeit, die Mängel der Farbenperzeption, die starke Beeinflußbarkeit durch Fremd- und Selbstsuggestionen lassen die Schwachsinnigen als ungeeignete Zeugen erscheinen; der Eid vermag natürlich nicht diese Fehler zu beseitigen.

Die Zeugenaussage war wortgetreu niedergeschrieben worden; daß sie nur den Inhalt getreu wiedergibt, sollte nicht genügen. Aber nicht nur Inhalt und Form, auch der Ton der Aussage sollte fixiert werden, was die Grammophon-Aufnahme ermöglicht.

Zur Feststellung der Glaubwürdigkeit eines Zeugen bedarf es nicht einer neuen Sachverständigen-Spezialität in der Form der Gerichtspsychologen; der Psychiater reicht hier vollkommen aus, zumal damit auch die Würdigung der Gesamtpersönlichkeit garantiert ist.

Ertel, Ein zwölfjähriger Mörder. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Band, 4. Heft.

Der zwölfjährige Junge hatte einen drei Jahre alten Knaben, nachdem er dessen Anus mit seinem Penis berührt hatte, aus Furcht vor Entdeckung ins Wasser geworfen. Die Anklage lautete auf Mord, das Urteil auf acht Jahre Gefängnis wegen Mordes.

An dem Knaben wird kindliche Gutmütigkeit und Freimütigkeit hervorgehoben sowie der Mangel jeglicher Reue; auch in der Verhandlung, in der

Digitized by Google

er sich bemühte, sich von dem Vorwurfe der Überlegung zu befreien, legte er ein immerhin gleichgültiges Verhalten an den Tag.

Eine ärztliche Untersuchung ergab seine Zurechnungsfähigkeit. Aus dem Vorleben sei hervorgehoben, daß er, vielfach mit Schuld der Eltern, die Schule nicht besuchte und schon früh Gelegenheit hatte, in Animierkneipen zu verkehren und wenig Gutes zu sehen.

Moll, Albert, Ein forensischer Fall von spiritistischem Aberglauben und angeblicher Hypnotisierung. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904, No. 16.

Eine Frau X., ein angebliches Schreibmedium, nützte die Leichtgläubigkeit eines spiritistischen jungen Mädchens Y. aus und trieb diese zur Prostitution, zu Erpressungen, zu Abtreibungsversuchen und anderen Vergehen. Dafür stellten die Geisterbriefe der X., der allein die Vorteile des unsittlichen Handelns der Y. zuflossen, der Y. Ruhm, Ehre und Gelderwerb in Aussicht.

Beeinflussung durch Hypnose war ausgeschlossen. Es fehlte jeder Anhaltspunkt für Hypnotisierungsversuche. Nachdrücklich betont Verf., daß die Ausführung solcher komplizierten Handlungen, wie es die inkriminierten sind, sei es in oder nach der Hypnose, sehr unwahrscheinlich ist, wenn es sich nicht gerade um Laboratoriumsversuche handelt.

X. nutzte die Leichtgläubigkeit und Schwäche der abergläubischen Y., die verschiedene hysterische Stigmata und Zeichen von Neurasthenie bot, aus. Die X. übte einen fast allmächtigen Einfluß aus, da die Y. an Geister glaubte und diese ihr durch die Geisterschriften das versprachen, was sie begehrte.

Das Vorliegen von § 51 St.G.B. konnte nicht angenommen werden, wenn auch der Aberglaube, auf dessen weite Verbreitung Verf. besonders hinweist, eine mildere Beurteilung rechtfertigte; und in der Tat wurde ein äußerst mildes Urteil gefällt.

Dietz, H., Gutachten über einen Fall von chronischem Alkoholwahnsinn (Entmündigung wurde abgelehnt). Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904, No. 18.

Der zu Entmündigende war infolge übermäßigen jahrelangen Alkoholmißbrauchs geistig geschwächt, willenlos, leicht erregbar und halluzinierte. Trotz jahrelanger Abstinenz Fortbestehen der Halluzinationen sowie Wahnideen, die wenig ausgeprägt und nicht systematisiert waren: ferner gesteigertes Selbstbewußtsein, Abnahme des Gedächtnisses, leichte Urteilsschwäche, große geistige Stumpfheit. Wegen des Mangels von entsprechender Aufsicht bedurfte der zu Entmündigende der Irrenanstaltspflege, da er sich zu leichten Gewalttätigkeiten und schweren Drohungen seinen Mitmenschen gegenüber häufig hinreißen ließ. Seine relativ einfachen Angelegenheiten besorgte er sachgemäß.

Digitized by Google

Der Gutachter überließ dem Richter die Entscheidung der Frage, ob die Voraussetzungen des § 6 St.G.B. zuträfen; dieser verneinte die Frage, regte aber die Frage an, ob nicht mit Rücksicht darauf, daß „durch die Anstaltsbedürftigkeit der X. lediglich an der Verwaltung seiner Vermögensangelegenheiten tatsächlich verhindert" sei, ein Pfleger gemäß § 1911 Abs. 2. B.G.B. zu bestellen sei. Es wurde dann ein Pfleger bestellt.

Nücke, Die Überempfindlichkeit gewisser Sinne als ein möglicher kriminogener Faktor. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 15. Band, 4. Heft.

Verf. teilt zwei Fälle eigener Beobachtung mit und nimmt auf einen von *Groß* veröffentlichten Fall Bezug, die dartun, daß die Überempfindlichkeit der Hörnerven (gegen Pfeifen, Türschlagen) einen Konflikt mit der Umgebung auslösen kann und weist auf die Bedeutung der Hyperästhesie der Sinnesorgane bei nervösen und geisteskranken Individuen hin.

Osswald, Gutachten über einen Fall von pathologischem Rauschzustand. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904, No. 12.

Starke erbliche Belastung von seiten beider Eltern, periodische Verstimmungszustände mit einem unwiderstehlichen Triebe, wegzulaufen und sich umherzutreiben und mit einem erhöhten Verlangen nach Alkohol neben verminderter Toleranz und Direktionslosigkeit nach Alkoholgenuß, die auch experimentell in der betreffenden Anstalt, wenn auch erst nach Darreichung der erheblichen Dosis von 225 gr beobachtet wurde, schlechter Ernährungszustand, Ermüdung und Erschöpfung zur fraglichen Zeit sowie deprimierende Gemütseinflüsse, ungewohnter Tabakgenuß, starke Temperaturdifferenz, ziemlich unvermittelt eintretender Zustand schwerster Trunkenheit, terminaler Schlaf sowie völlige Amnesie — das alles sind die Momente, die den Gutachter dazu führen, das Vorliegen eines pathologischen Rauschzustandes, also eines Zustandes von Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 St.G.B., anzunehmen. Verf. führt noch aus, daß es sich wahrscheinlich um einen Degenerierten, nicht um einen Epileptiker handelt.

Hoppe, Simulation und Geistesstörung. Fortsetzung und Schluß. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. April—Juli.

Drei ausführliche und lesenswerte Gutachten über Simulation bei chronischem Alkoholismus.

Im ersten Fall versuchte der wegen Unzucht mit seinen beiden minderjährigen Töchtern Angeklagte eine hochgradige Gedächtnisschwäche sowie Schwachsinn, Erregung und Wahnideen vorzutäuschen. Freisprechung wegen der durch den Alkoholismus bedingten, ganz ungewöhnlich hochgradigen, sittlichen Entartung.

Digitized by Google

Übrigens wurde die Entmündigung im Gegensatz zum ärztlichen Gutachten vom Amtsgericht abgelehnt, und der Alkoholist entlassen. Wenige Wochen nachher mußte er wegen eines tätlichen Angriffs wieder sistiert werden. Auf die Berufung der Staatsanwaltschaft hin sprach später das Landgericht die Entmündigung aus.

Der andere Alkoholist hatte schnell vorübergehende Anfälle mit sonderbaren Gestikulationen, Halluzinationen und Bewußtseinstrübung. Seine Angaben entsprachen nicht der vermeintlichen Amnesie für den Anfall. Wahrscheinlich hatte er früher schon ähnliche Anfälle simuliert und damit seine Aufnahme in eine Heilanstalt erreicht.

Außerdem simulierte er Tiervisionen, Verwirrtheitszustände, Geistes- und Gedächtnisschwäche und machte über sein körperliches Befinden die widersprechendsten Angaben. Auf Rechnung seiner epileptischen Degeneration (er hatte bis zum 12. Lebensjahre sicher an Epilepsie gelitten), des chronischen Alkoholismus und des Auftretens von pathologischen Rauschzuständen wurden ihm mildernde Umstände zugebilligt.

Der dritte Alkoholist täuschte über drei Wochen lang hochgradigste Unorientiertheit und Unwissenheit vor; auf wiederholtes Einreden änderte er sein Verhalten, gab die Simulation zu, gestand auch die Tat ein. Ausgesprochen sittliche Degeneration, krankhafte Reizbarkeit und geringe Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol. Daraufhin außer Verfolgung gesetzt.

Glos, A., Ein Beitrag zur Kasuistik der Simulation von Geisteskrankheit. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 16. Bd., 3. und 4. Heft.

Plumpe Simulation von Ohnmachtsanfällen und Tierhalluzinationen sowie von Amnesie für die Straftat.

Junck, Ernst, Die Trunkenheit im Militärstrafverfahren. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 16. Bd., 3. und 4. Heft.

„Nur in der Gewohnheit findet der Soldat die erforderliche Ruhe und Sicherheit", sagt die Einleitung zum österreichischen Exerzierreglement. Darauf weist Verf. hin, um darzutun, daß das Erkennen der Chargen und Grüßen der Vorgesetzten, das sorgfältige Hinlegen der Kleider nicht das Vorliegen von Volltrunkenheit ausschließt.

Ebenso ist ihm darin beizustimmen, daß der pathologische Rausch zu wenig beachtet wird, z. B. bei schweren Widersetzlichkeiten gegen eine Militärwache.

Er rät dazu, in Fragen der Trunkenheit stets Sachverständige heranzuziehen.

Digitized by Google

Rieger, Über Geistes-Krankheit und Geistes-Schwäche. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung No. 16 u. 17.

Daß die vom Gesetzgeber gewählten Ausdrücke „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" zu manchen Mißverständnissen Anlaß geben, ist leider nur zu richtig, und darin ist dem Verf. unbedingt beizupflichten. Indes muß man, da eine Änderung des Wortlautes des § 6 in absehbarer Zeit nicht zu erwarten steht, sich mit ihnen abfinden, selbst auf die Gefahr hin, so dem natürlichen und unmittelbar einleuchtenden Sprachgebrauch zu widersprechen.

Verf. betont, daß, wenn schon eine Entmündigung bei geistesgestörten Querulanten ausgesprochen werden soll, nur eine solche wegen Geisteskrankheit in Betracht komme. Eine Entmündigung wegen Geistesschwäche ist unter den Umständen nur eine halbe Maßregel. Die vorgeschriebene Zustellung des Beschlusses der Entmündigung und deren Begründung mit Geistesschwäche fordert zu weiterem Prozeßführen geradezu heraus.

Obergutachten der Königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, betreffend einen Fall zweifelhafter Dienstfähigkeit bei Paranoia chronica. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. April.

Der erste Gutachter war zu dem Schluß gekommen, daß X. zwar an Paranoia chronica leide und unheilbar sei, daß er aber bei dem Beschränktbleiben seiner Wahnideen auf die Beziehungen zu seiner Frau und bei seiner im übrigen vollkommen normalen Intelligenz durch die Krankheit nicht behindert sei, seine dienstlichen Obliegenheiten zu erfüllen. In einem zweiten Gutachten führte er unter Bezugnahme auf einen Ministerial-Erlaß aus, daß keine Gründe zu der Annahme vorliegen, daß die chronische Verrücktheit den X. hindere, die ihm obliegenden polizeilichen Funktionen gegen Beamte und Gefangene in korrekter Weise auszuüben wie ein geistesgesunder Mensch. Das Obergutachten des Medizinalkollegiums erklärt X. für dauernd ungeeignet zu der verantwortlichen Stellung eines Gefängnisoberbeamten.

Im Laufe des daraufhin eingeleiteten Zwangspensionierungsverfahrens erstattet die wissenschaftliche Deputation ein Obergutachten.

Danach leidet X. an Verrücktheit im engeren psychiatrischen Sinne und äußert ausschließlich Eifersuchtsideen. Im Anschluß an ungünstige äußere Verhältnisse ist eine allgemeinere psychische Erkrankung aufgetreten, welche dann nach ungefähr zweijährigem Bestande wieder nachgelassen hat, während die ursprüngliche partielle Form der Störung dauernd fortbesteht. Erfahrungsgemäß können derartige umschriebene Wahnbildungen während unbegrenzter Zeit ohne jede Schädigung der Intelligenz und ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehen, falls sich die Wahnideen nicht speziell auf die beruflichen Verhältnisse beziehen. X. wird für fähig erklärt, seine dienstlichen Obliegen-

Digitized by Google

heiten ordnungsmäßig zu verrichten. Die Möglichkeit eines erneuten Ausbruchs einer Erregung besteht, und dann können sich gelegentlich die Eifersuchtsideen wieder gegen Vorgesetzte oder Kollegen richten: ob nicht die für eine Beamtenstellung erforderliche Autorität hierunter leiden müßte, ist eine Frage, die nicht nach medizinischen Erwägungen entschieden werden kann.

Jörger, J., Beitrag zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Supplement.

Ausführliche Mitteilung eines sehr interessanten und lesenwerten Falles. Er schildert seinen Patienten als einen konstitutionell Kranken mit einseitiger intellektueller Begabung, moralischer Minderwertigkeit und Neigung zu Exzentrizitäten. Hierzu tritt periodisch der bekannte *Delbrück*sche Symptomenkomplex, für den oft eine Amnesie besteht. Der Kranke bediente sich der ausgezeichneten Suggestivmittel „Million und Religion" mit großem Erfolge und wußte so nicht nur gebildete und hochgestellte Leute, sondern auch seine nächsten Verwandten und Freunde zu täuschen.

Raecke, Gutachten über den Geisteszustand des Philipp B. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. 55. Jahrgang. Heft I.

Der des Einbruchs und Mordversuches beschuldigte B. litt an Paranoia (Beziehungswahn, Beeinträchtigungsideen rechtlicher Natur. Vergiftungsideen. Selbstüberschätzung, Halluzinationen) und wurde für unzurechnungsfähig erklärt.

Kaan, H., Befund und Gutachten über eine traumatische Hystero-Neurasthenie nach Schreck bei einem Eisenbahnunfall. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. 55. Jahrgang. Heft III.

Kasuistischer Beitrag.

Nücke, P., Spezialanstalten für geistig Minderwertige. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1904. No. 9—10.

N. befürwortet die Errichtung besonderer Anstalten für das Heer der geistig Minderwertigen; am ehesten empfiehlt sich das Blocksystem. Diese Anstalt soll von einem Psychiater, nicht von einem Geistlichen oder Verwaltungsbeamten geleitet werden; in ihr ist eine straffere Zucht als in der Irrenanstalt am Platze, besonders bei der Gruppe der Gefährlichen und Lasterhaften. Für einen intelligenten und geschickten Lehrer eröffnet sich hier ein weites und dankbares Arbeitsfeld.

Digitized by Google

von Kunowsky, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Psychiatrisch-neurolog. Wochenschr. No. 44. — *Näcke, P.* Adnexe oder Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher. Ebenda. No. 48. — *von Kunowski.* Nochmals zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Ebenda. No. 49.

Für die Unterbringung der Kranken mit einer dauernden Betätigung gefährlicher verbrecherischer Neigungen in der Anstalt selbst kommen in Deutschland besondere Abteilungen oder Adnexe an Strafanstalten oder an Irrenanstalten in Betracht. Zu ungunsten der besonderen Abteilungen an Irrenanstalten sprechen Sicherheitsrücksichten, die Ausübung eines ungünstigen Einflusses auf die Hauptanstalt, der relativ teure Bau und Betrieb und die erschwerte Organisation. Mit der Angliederung der Adnexe an Strafanstalten hören die Insassen auf, als reine Kranke behandelt zu werden. Vor allem sprechen rechtliche Bedenken dagegen.

v. K. befürwortet daher die Errichtung eigener selbständiger Anstalten für geisteskranke Verbrecher, welche die an den Adnexen beider Art gerügten Fehler vermeiden, ihre Vorzüge vereinigen und ihnen noch neue hinzufügen können.

Näcke nimmt zu diesem Artikel Stellung und tritt für Adnexe ein, die nur äußerlich, wirtschaftlich und administrativ mit der Strafanstalt verbunden sind, sonst aber einer Irrenanstalt gleichstehen.

Kunowski betont in einem Nachwort seinen früheren Standpunkt.

Liszt, Franz von, Vorentwurf eines Gesetzes, betreffend die Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker und vermindert Zurechnungsfähiger. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904. No. 23.

Das geplante Gesetz bezweckt den Schutz der Gesellschaft gegenüber den gemeingefährlichen Geisteskranken und vermindert Zurechnungsfähigen. Dasjenige Individuum ist gemeingefährlich, von welchem, und zwar infolge seiner Geisteskrankheit oder seiner geistigen Minderwertigkeit, die Begehung strafbarer Handlungen zu besorgen ist. Es braucht mithin nicht der Tatbestand einer strafbaren Handlung bereits vorzuliegen.

Der § 51 des St.G.B. muß demnach einen Zusatz erhalten, der die verminderte Zurechnungsfähigkeit betrifft. Er bedarf noch eines weiteren Zusatzes, der besagt, daß der (geisteskranke oder vermindert zurechnungsfähige) Täter, falls er nach dem psychiatrischen Gutachten als gemeingefährlich erscheint, durch besonderen Beschluß des Gerichts vorläufig verwahrt wird. Diese Verwahrung soll in besonderen Abteilungen der Strafanstalten oder Gefängnisse erfolgen; ärztliche Beaufsichtigung ist erforderlich. Ist der ver-

Digitized by Google

mindert Zurechnungsfähige straffähig, so tritt die vorläufige Verwahrung nach Strafverbüßung in Kraft.

Die Rücksicht auf die persönliche Freiheit des Individuums erheischt die Verweisung der endgültigen Entscheidung an ein ordentliches Verfahren. Das ist das Entmündigungsverfahren. Es bedarf mithin auch noch einer Änderung des § 6 B.G.B. Als vierten Absatz zu dem genannten Paragraphen schlägt Verf. die Fassung vor: Wer infolge von Geisteskrankheit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit als gemeingefährlich erscheint. Natürlich muß auch die Zivilprozeßordnung eine Änderung erfahren. Die Entmündigung wegen einer durch Geisteskrankheit bedingten Gemeingefährlichkeit zieht Geschäftsunfähigkeit nach sich; der wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit Entmündigte ist beschränkt geschäftsfähig. Wird die Entmündigung ausgesprochen, so wird der Entmündigte für die Dauer der Entmündigung in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht. Die bedingte Überweisung an eine geeignete Familie ist damit nicht ausgeschlossen.

Diese verschiedene Rechtsgebiete berührenden Bestimmungen sollen in einem Gesetz, natürlich einem Reichsgesetz, zusammengefaßt werden.

Wolff, Gustav. Zur Frage der Kompetenz des psychiatrischen Sachverständigen. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904. No. 8.

Verf. hatte die Zurechnungsfähigkeit einer wegen Diebstahls Angeklagten, welche an hysterischen Erregungszuständen litt, zu begutachten.

Er ging aber in seinem Gutachten über die ihm seitens des Richters gestellte Frage hinaus und erörterte auch die Frage, ob der von der Anklagebehörde supponierte Tatbestand wirklich vorlag. Er betont, daß es aus psychiatrischen Gründen im höchsten Grade wahrscheinlich war, daß die Angeklagte den betreffenden Gegenstand nicht gestohlen, sondern verloren und deren Verlust nur verschwiegen hat. Das Verschweigen dieses Verlustes fiel aber nach Verf. in einen die Voraussetzungen des § 51 St.G.B. erfüllenden Zustand krankhafter Geistesstörung.

Bei der Verhandlung bekam die Angeklagte einen typischen hysterischen Anfall; der Vertreter der Anklage schloß sich dem Gutachten an und beantragte die vom Gericht später ausgesprochene Freisprechung.

Steinde, Karl. Die nervösen und psychischen Störungen bei Paralysis agitans. Friedreichs Blätter. Heft VI.

Kurze Darstellung der Symptomatologie mit besonderer Berücksichtigung der psychischen und nervösen Störungen. Mit vielen Autoren spricht er die Paralysis agitans als ein muskuläres Leiden an. Die psychischen Störungen hält er für eine zufällige Komplikation, die entsprechend dem Auftreten des Leidens im höheren Lebensalter lediglich durch das Rückbildungsalter bedingt ist.

Digitized by Google

Osswald, K., Material zu § 1569 B.G.B. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift No. 7.

Psychiatrisches Gutachten mit Bejahung des Vorliegens der Voraussetzungen des § 1569.

Kampe, Karl, Idiotismus und Imbezillität in strafrechtlicher Beziehung. Friedreichs Blätter. Heft III—VI. Fortsetzung folgt.

Enthält bisher nichts Neues.

Schott, A., Wiederaufhebung der Entmündigung oder Umwandlung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in solche wegen Geistesschwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung wegen Geistesschwäche. Friedreichs Blätter. Heft VI.

Bringt bisher fast nur einen wörtlichen Abdruck der einschlägigen Bestimmungen des B.G.B.

Grassl, Die Selbstmorde in Bayern. Ein volkspsychologischer Beitrag. Friedreichs Blätter. Heft III—IV (nicht vollendet).

Die Selbstmorde in Bayern haben sich innerhalb 60 Jahren prozentmäßig verdoppelt. Ende der siebziger Jahre stiegen sie ungewöhnlich rasch an und halten sich seit 25 Jahren in der gleichen Höhe. Die Zunahme der Selbstmorde finden wir überall, wenn auch nicht gleich stark. Die Katholiken begehen kaum halb so viel Selbstmorde wie die übrigen Religionsangehörigen, nach des Verf.s Ansicht deshalb, weil die katholische Religion dem Gemüte mehr bietet als die mehr auf Verstandesbasis aufgebaute lutherische Konfession. Die Landwirtschaft weist weniger Selbstmorde auf als alle anderen Berufsarten, und Protestanten sind viel weniger an der Landwirtschaft beteiligt als Katholiken. Auf die Städte kommen mehr Selbstmorde als aufs Land: es wohnen relativ mehr Protestanten in Städten. Die größere Zahl von Selbstmorden in der Stadt, woran auch das Militär beteiligt ist, erklärt sich zum Teil durch den Zuzug pathologischer unruhiger Naturen: die stupiden Elemente mit ihrer geringeren Selbstmordneigung bleiben auf dem Lande.

Das Alter liefert die höchsten Zahlen. Die Altersstufe zwischen 20 bis 30 Jahren zeigt eine höhere Beteiligung als die zwischen 30—40 Jahren dank der Beteiligung des Militärs. Die Stadt hat eine relativ größere Zahl jugendlicher Selbstmörder als das Land.

Unter den Ursachen steht an erster Stelle die Geisteskrankheit, besonders auf dem Lande, da der Städter eher in die Anstalt gebracht wird.

Hoch ist die Zahl der Geschiedenen unter den Selbstmördern, gering die der Verheirateten. Im Winter passieren weniger Selbstmorde; die größte

Digitized by Google

Zahl liefert der Juni und Juli mit 12 bezw. 10%. Auf das männliche Geschlecht kommen 81%.

Heller, Ludwig, Hypnotismus, Suggestion und Magnetopathismus vom gesundheitlichen und medizinalpolizeilichen Standpunkte sowie von dem der Volkswohlfahrt. Friedrichs Blätter. Heft I—IV.

Nach einem geschichtlichen Überblick erörtert Verf. das Wesen und die Grenzen der Psychotherapie. Bedenken gegen deren Anwendung können nur bei der Hypnose bestehen. Diese werden auf der einen Seite bestritten, richtige, umsichtige und sachverständige Hypnose vorausgesetzt, auf der andern Seite ebenso lebhaft behauptet. Die kriminelle Bedeutung, die nur kurz abgehandelt wird, wird nicht sonderlich hoch eingeschätzt.

Vertrautheit der Ärzte mit dem Wesen der Hypnose, die Zustimmung der zu Hypnotisierenden, die Hinzuziehung eines Kollegen und Beschränkung der Hypnose auf die Therapie, sind die Voraussetzungen einer sachgemäßen Hypnose; dann ist deren Gefahr für die öffentliche Gesundheit keine große. Andererseits sollen wir Ärzte gegen die Verwendung von Hypnose durch Laien, insbesondere auch gegen hypnotische Schaustellungen vorgehen. In der Tat verbieten in vielen Ländern ministerielle Verordnungen deren Abhaltung.

Die Gefahr des Mißbrauchs der Hypnose zu verbrecherischen Zwecken besteht zwar, rechtfertigt aber doch nicht die allgemeine hypnotische Schutzimpfung, wie sie *Liégois* vorschlägt. Verbot der Hypnose durch Laien, zweckentsprechende Erziehung, sachgemäße Belehrung werden mehr helfen.

Eine sachgemäße Kritik des Unwesens, das die sog. Magnetiseure oder Magnethopathen treiben, bringt das Schlußkapitel. Was Verf. aus den eigenen Schriften dieser Heilkünstler anführt, ist fast unglaublich. Gegen ihr gemeingefährliches Treiben muß Front gemacht werden. Bisher stehen uns nur geringe Hilfsmittel in diesem Kampfe zur Seite; die Aufgabe fällt im großen und ganzen mit der Bekämpfung der Kurpfuscherei zusammen.

Oberndorffer, Dr. med., Assistent am Kgl. pathologischen Institut und *Steinharter*, Dr. jur., Rechtsanwalt. Die posthypnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und juristischen Bedeutung. Friedreichs Blätter, Heft III—VI (noch nicht abgeschlossen).

Liégois und *Gilles de la Tourette* haben Versuche publiziert, die die strafrechtliche Bedeutung der posthypnotischen Aufträge dartun sollen; indessen nahmen sie ihre Experimente in Krankenhäusern an Nervenkranken vor, die schon oft hypnotisiert waren und sich blindlings den Aufträgen der Ärzte unterwarfen. Sie berichten nicht über die Zahl der Fehlversuche. Über solche berichten andere erfahrene Autoren, und dabei handelte es sich um einfache Eingebungen, deren Ausführung den Hypnotisierten keine allzu-

Digitized by Google

große Selbstüberwindung verursachte. Ist das schon hier der Fall, so wird uns das Gleiche nicht wunder nehmen bei der Erteilung unsittlicher Aufträge, deren Realisierung dem Hypnotisierten widerstrebt. Ein posthypnotisches Verbrechen, von einem sonst ethisch normal denkenden Menschen ausgeführt, gehört in das Bereich der Unmöglichkeit.

Posthypnotische Aufträge haben mithin keine praktische Bedeutung für das Strafrecht; die Ausbeute an Prozessen, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, ist recht gering. Wir sind somit in der Beurteilung posthypnotischer Aufträge nach wie vor auf die Theorie angewiesen. Die Gefahr der Entdeckung des Täters und die geringe Gewähr der Ausführung der Suggestion lassen die posthypnotischen Aufträge nicht als ein recht gefährliches Werkzeug erkennen.

Liszt, Franz von, Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und vermindert Zurechnungsfähige. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 1. Heft.

Die Frage nach der Behandlung der wegen aufgehobener oder verminderter Zurechnungsfähigkeit gemeingefährlichen Personen ist eine so dringende, daß ihre Regelung durch ein Sondergesetz vor der vollständigen Umgestaltung des Strafgesetzbuches notwendig ist. Auf diesem Wege muß der Gesellschaft ein ganz anderer Schutz gegen Gemeingefährliche geschaffen werden, als sie ihn bisher hat.

Geistesstörung und dadurch bedingte Gemeingefährlichkeit machen eine andauernde Überwachung erforderlich. Der Strafrichter hat über die vorläufige Anordnung der dauernden Verwahrung zu beschließen; die endgültige Entscheidung bleibt dem Entmündigungsverfahren und Entmündigungsrichter vorbehalten. Gerade die Ausführungen über die Berechtigung der Entmündigung wegen Gemeingefährlichkeit sind sehr beachtenswert. Ist der vermindert Zurechnungsfähige nicht gemeingefährlich, tritt lediglich mildere Bestrafung ein. Im anderen Falle bedarf er noch der Verwahrung. Ist der vermindert Zurechnungsfähige straffähig, so schließt sich an die Strafvollstreckung die Verwahrung an; bei den nicht straffähigen Individuen tritt sofort die Verwahrung ein, und die Strafvollstreckung wird ausgesetzt.

Hafter, Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen im Vorentwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 2. Heft.

Der Vorentwurf zu einem schweizerischen Zivilgesetzbuch stellt auch die unter Vormundschaft, die infolge von Geisteskrankheit oder Geistes-

Digitized by Google

schwäche die Sicherheit anderer gefährden. Das ist eine verbrechenspräventive Norm des Zivilrechts, die bei uns noch fehlt.

Verf. gibt hier eine Kritik des 1903 ausgegebenen Vorentwurfs zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch, das für den vermindert Zurechnungsfähigen mildere Bestrafung, nötigenfalls verbunden mit spezieller, besonders ärztlicher Behandlung vorsieht. Dem Richter wird ein fast beängstigend weiter Strafrahmen eingeräumt. Als Strafanstalt empfiehlt er eine solche mit ausgedehntem Landwirtschaftsbetrieb: mit der bernischen Strafkolonie hat man gute Erfahrungen gemacht. Nur das Interesse der öffentlichen Sicherheit, nicht das Wohl des vermindert Zurechnungsfähigen soll maßgebend sein für die Einleitung der Spezialbehandlung; auch darin stimmt er *v. Liszt* im Gegensatz zu dem Vorentwurf bei, daß die Verwahrung Gemeingefährlicher dem Entmündigungsrichter, nicht dem Strafrichter zufällt. Das Verhältnis zwischen Strafe und sichernder Maßnahme wird geregelt durch das Vorhandensein oder Fehlen der Straffähigkeit.

Gaupp, Robert. Über den heutigen Stand der Lehre vom „geborenen Verbrecher". Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 1. Heft.

Kurzes, treffliches, kritisches Referat, das auch den Verdiensten *Lombrosos* gerecht wird.

Bleuler, E., Zur Behandlung Gemeingefährlicher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 2. Heft.

Verf. stimmt dem *v. Liszt*schen Entwurf zu, nicht nur wegen der Energie, mit der *v. Liszt* seine Sache vertritt, sondern vor allem wegen der Folgerichtigkeit. Doch äußert er Bedenken gegen die Anwendung von Strafe bei vermindert Zurechnungsfähigen. Diese sind Kranke und als solche zu behandeln. Die Gesellschaft verzichtet auf die Sühne und begnügt sich mit dem Schutz. Die vermindert Zurechnungsfähigen sind mit dauernder Einsperrung oder wenigstens Überwachung genug „bestraft".

Er verlangt bessere psychiatrische Ausbildung der ärztlichen Sachverständigen, vor allem der Anstaltsärzte, und ein besseres psychologisches Verständnis seitens der Richter oder überhaupt der juristischen Behörden. Alles, was mit der Begutachtung und Behandlung von Geisteskranken, Minderwertigen usw. zu tun hat, soll nur der Leitung hierin besonders ausgebildeter Ärzte unterstehen.

Näcke, Paul. Über den Wert der sogen. Degenerationszeichen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 3. Heft.

Kritische Erörterung des Begriffs der Entartung und der Degenerationszeichen. Die Zahl der somatischen Degenerationszeichen, ihre Wichtigkeit

Digitized by Google

und Ausbreitung entspricht im allgemeinen dem Grade der geistigen Minderwertigkeit und der Schwere der erblichen Belastung. Dennoch ist in concreto die größte Vorsicht angebracht: die Stigmen sollen nur ein Signal sein, das betreffende Individuum genauer zu untersuchen. Die Degenerationslehre hat großes, praktisches Interesse.

Hartmann, Jacob. Über die hereditären Verhältnisse bei Verbrechern. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 8. Heft.

Verf. hat 214 Verbrecher der Züricher Kantonalen Strafanstalt untersucht, welche vorwiegend Arbeitshaus (135 Personen) und Zuchthaus (74 Personen), weniger Gefängnis (6 Personen) ist. Bei 15 Personen fehlte jede Auskunft. Die gefundenen Zahlen sind natürlich Minimalzahlen. Als belastende Momente sah er an Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Alkoholismus, Kriminalität und Suicid.

Die Gesamtbelastung bei Verbrechern ist annähernd so groß wie bei Geisteskranken, etwas größer als bei Gesunden; ähnliches gilt für die direkte Belastung, nur ist sie bei Verbrechern erheblich größer als bei Gesunden. Die Summe der Erblichkeitsfaktoren, d. h. die Anzahl der belastenden Familienmitglieder ist bei den Verbrechern wesentlich größer als bei Gesunden und Geisteskranken. Die erbliche Belastung der Gewohnheitsverbrecher ist nur um weniges stärker als die der Gelegenheitsverbrecher. Die Zahl der gefundenen Degenerationszeichen geht mit der Stärke der erblichen Belastung parallel. Unter den belastenden Momenten spielt eine große Rolle der Alkoholismus, mehr noch die Kriminalität und abnormen Charaktere, wenn man die Verbrecher mit Gesunden vergleicht. Alkoholismus findet sich oft bei den nächsten Verwandten, ebenso Kriminalität und Charakteranomalien. Interessant ist die Untersuchung über den Einfluß des Alkoholmißbrauchs (Alkoholismus oder einmaliger Rausch) seitens der Eltern der Verbrecher in seiner Verteilung auf die verschiedenen Monate sowie die Häufigkeit von unehelichen Geburten oder sexuellen Delikten in einzelnen Familien. Epilepsie bei den Verbrechern ist zwar häufiger als bei der freien Bevölkerung, aber doch relativ selten.

Merz, Hugo. Die Kriminalität in den einzelnen österreichischen Kronländern und ihr Zusammenhang mit wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 8. Heft.

Verf. untersucht zuerst den Einfluß der Verteilung des Wohlstandes, welch letzterer am besten sich in der Höhe des Einkommens kundgibt. Die Zahl der Verbrechen (die sogenannte petite criminalité war ausgeschlossen) unter den ärmeren Klassen ist mehr denn dreimal so groß als unter den

Digitized by Google

Besitzenden. Jedes einzelne Kronland hat eine bestimmte kriminelle Physiognomie, für die außer dem Wohlstand die Bildung sowie soziale und industrielle Faktoren maßgebend sind. Wo die Einkommensteuer über dem Reichsdurchschnitt steht, bleibt die Kriminalität unter dem Reichsmittel und umgekehrt. Zuwanderung fremder Elemente in die Städte (Wien!) und Industriezentren erhöht deren Kriminalität. Mangel der großindustriellen Entwicklung und damit einhergehendes Fehlen des Zuzugs beeinflußt die Kriminalität günstig. Je weiter wir von Westen nach Osten gehen, desto mehr steigt die Diebstahlsziffer; umgekehrt zeigt der Osten relativ wenig Verurteilungen wegen Betrugs, der höhere Intelligenz voraussetzt. Handel und Industrie liefert ein größeres Kontingent zum Betrug als die Landwirtschaft.

Die wohlhabenden Länder weisen eine geringere Zahl von Körperverletzungen auf. Deutsche und Italiener sind weniger bei Körperverletzungen beteiligt als die Südslaven. Konflikte mit den Sicherheitsbehörden nehmen zu mit der städtischen Entwicklung. Der Alkoholismus ist von größtem Einfluß auf die Verbrechen der Gewalttätigkeit und Körperverletzung; am gefährlichsten ist der Schnapskonsum. Die Zahl der Sittlichkeitsdelikte ist nicht nur vom Wohlstand, sondern auch vom Weibermangel bezw. Überschuß, von der Art der Beschäftigung (Schiffer), von Volkssitten und Gebräuchen (Zeitpunkt der Heirat), von sozialen Verhältnissen (Wohnungsfrage), von der Gewerbedichtigkeit usw. abhängig.

Das kriminalistische Bild wird um so trüber, je mehr man sich dem Osten nähert.

Kräpelin, Emil, Der Unterricht in der forensischen Psychiatrie. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 3. Heft.

Die Erhebungen über die Behandlung Geisteskranker vor Gericht erheischen nachdrücklichst eine bessere psychiatrische Ausbildung der als Sachverständige tätigen Ärzte und eine planmäßige Unterweisung der richterlichen Beamten in der Psychiatrie. Hinsichtlich der Ärzte plädiert Verf. für ärztlich-psychiatrische Fortbildungskurse.

Was die Richter angeht, so hat *Kräpelin* seit zehn Jahren in Heidelberg ein forensisch-psychiatrisches Praktikum für Mediziner und Juristen gelesen. Dieses lief darauf hinaus, möglichst viele Fälle zweifelhafter Geistesstörung durch Arzt und Richter zu Lehrzwecken in ähnlicher Weise bearbeiten zu lassen, wie es tatsächlich vor Gericht geschieht. Indes war die Zahl der arbeitswilligen Studenten, besonders der Juristen, gering. Um so lebhafter Unterstützung fand *Kräpelin* bei Ärzten und Richtern, die im Amte sind, auch schon bevor der badische Justizminister die ihm unterstellten richterlichen Beamten auf die treffliche neue Einrichtung aufmerksam machte.

Ref. kann die Einrichtung eines solchen Praktikums nach seinen eigenen Erfahrungen nur warm befürworten. Voraussetzung ist freilich, daß

Digitized by Google

der psychiatrischen Klinik hinreichend Fälle zur Begutachtung zugesandt werden, was nicht immer der Fall zu sein scheint. Nur insofern hat Ref. andere Erfahrungen gemacht wie *K.*, als nach seinen Beobachtungen die juristischen Studenten, was Zahl, Regelmäßigkeit des Erscheinens und Arbeitswilligkeit angeht, dem Seminar das weitestgehende Interesse entgegenbrachten.

Kräpelin, Emil, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 8. Heft.

Man hat bei der Betrachtung der verminderten Zurechnungsfähigkeit bisher in den Vordergrund gestellt die Vergeltung für das begangene Unrecht, die Besserung krankhafter Zustände und die Berücksichtigung der Gemeingefährlichkeit. Die verschiedenen diesen Fragen gegenüber gemachten Vorschläge werden einer sachgemäßen Kritik unterworfen.

Sicherungsanstalten mit kriminalpädagogischen Zielen und der Befugnis zu unbeschränkter Freiheitsentziehung werden uns in absehbarer Zeit kaum bescheert; es fehlt fast völlig an berufsmäßig ausgebildeten Strafanstaltsbeamten.

Vielleicht aber bringt eine zweckmäßige strafrechtliche Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen uns vorwärts. Der Strafvollzug soll der persönlichen Eigenart des Täters sich anpassen. Man möge daher die große Zahl der vermindert Zurechnungsfähigen in ihre einzelnen klinischen Gruppen einteilen und darnach die Art der strafrechtlichen Behandlung bestimmen. Die sachverständige Beobachtung weist Verf. den Beobachtungsabteilungen der Strafanstalten zu; in zwei bis drei Monaten wird ein Urteil über die zweckmäßigste Art der Behandlung möglich sein. Die endgültige Entscheidung erfolgt durch ein besonderes Verfahren, das nach dem *v. Liszt*schen Vorschlage dem Entmündigungsverfahren nachzubilden wäre.

Verf. geht noch weiter: allen Rechtbrechern will er das zukommen lassen, was ihn die Beobachtung der gemindert Zurechnungsfähigen als zweckmäßig hat erkennen lassen, eine möglichst individualisierende Behandlung mit zielbewußtem Bruch mit der scharfkantigen Strafzucht.

Der Ref. hat nicht entfernt die Fülle von Gedanken und Anregungen wiedergeben können, die der fast zu knapp gehaltene Aufsatz enthält; auf seine Lektüre im Original sei nachdrücklichst hingewiesen.

Merz, Hugo, Die Kriminalität der Mafia. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 6./7. Heft.

Die Mafia ist das Resultat ungünstiger sozialer Verhältnisse und des Volkscharakters der Sizilianer. Sie verlangt von allen ihren Gliedern unbedingten Gehorsam und wechselseitige Unterstützung; Kampf mit allen Mitteln für einen Genossen, für den die Behörden sich interessieren; Verteilung der

Digitized by Google

Beute und des Raubes nach gewissen kommunistischen Grundsätzen und schließlich strengste Bewahrung des Geheimnisses.

In den Ländern der Mafia nehmen die schweren Kriminalverbrechen (Mord, Totschlag, Raub, Erpressung, Drohung) zu, dagegen ab oder doch wenigstens nicht zu die leichteren Verbrechen (Diebstahl, Körperverletzung, Widerstand gegen die Behörden). In den übrigen Ländern des zivilisierten Europas finden wir die umgekehrte Kriminalitätsbewegung.

Bloße Gewalt, despotische Strenge wird die Mafia nicht beseitigen, wohl aber eine eingreifende Umgestaltung der rückständigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse.

Flügge. Einiges aus der Abteilung für irre Verbrecher in Düren. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 6./7. Heft.

Vgl. diese Zeitschrift 1903, Band 60, S. 775, und 1904, Band 61, S. 260.

Litten, Fritz. Die Wirkung geistiger Störungen auf den rechtlichen Bestand der Ehe. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 6./7. Heft.

Verf. untersucht, ob und inwieweit geistige Störung des einen Ehegatten dem anderen Ehegatten die Möglichkeit gewährt, im Wege der Scheidungsklage, der Anfechtungsklage oder Nichtigkeitsklage die Auflösung der Ehe herbeizuführen.

Die Schwierigkeit der Anwendung des § 1569 liegt wesentlich auf psychiatrischem Gebiet. Auf Grund der §§ 1565—1568 kann die Ehe nicht geschieden werden, wenn das die Ehescheidungsklage herbeiführende Verhalten der Ausfluß einer geistigen Störung und somit nicht als Schuld zuzurechnen ist.

Von besonderem Interesse waren dem Ref. des Verfs. Ausführungen über die Anfechtbarkeit der Ehe. Die persönlichen Eigenschaften des § 1333 sind stets auch als Umstände des § 1334 zu qualifizieren. Die Eigenschaft muß etwas Persönliches, Dauerndes und Wesentliches sein: dauernde oder periodische Störungen sind solche. Die Eigenschaft braucht nicht als krankhaft erkannt zu werden. Erbliche Belastung ist nicht als Eigenschaft zu zählen, würde aber unter Umstände fallen können. Beachtenswert sind die Ausführungen über arglistige Täuschung und die Kommentierung des Relativsatzes zu Eigenschaften bezw. Umständen.

Die Strenge der Scheidungsklage gegenüber der Milde bei der Nichtigkeits- und Anfechtungsklage ist nicht unberechtigt: die rechtsgesunde, nicht mit Mängeln behaftete Ehe soll geschützt werden, und der Ehegatte soll den andern nicht verlassen, den ein Unglück in der Ehe getroffen hat.

Digitized by Google

Hoegel, Hugo. Die Behandlung der Minderwertigen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 6. 7. Heft.

Verf. wendet sich scharf gegen die Bestrebung, den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch einzuführen und ihr eine Sonderstellung neben den sonstigen Milderungsumständen einzuräumen. Weder der Determinist noch der Indeterminist könne einer solchen Lösung der Frage zustimmen. Es gehe nicht an, „krankhaft" Minderwertigen eine besondere Stellung zu geben, die den nicht krankhaften, aber in gleichem Grade Minderwertigen nicht eingeräumt wird. Die vom Verf. gewählten Beispiele sind indes nicht überzeugend, wie es überhaupt fraglich ist, ob Verf. viele in seinen ganz abweichenden Ausführungen folgen werden. Verf. schaltet die Leute aus, bei denen es zweifelhaft ist, ob sie geisteskrank sind; bei begründetem Verdacht der Krankheit kann eine Verurteilung nicht erfolgen. Mit der Einführung des Begriffs der Minderwertigkeit tritt, fürchtet Verf., an die Stelle der Rechtspflege blanke Willkür. Auch hinsichtlich des Strafvollzugs erklärt er eine Sonderstellung der Minderwertigen für unzulässig und beruft sich hierbei auf seine praktischen Erfahrungen des Strafvollzugs.

Cramer, A., Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung? Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang. 6./7. Heft.

Verf. begründet die obige Frage in anschaulicher Form und unterscheidet zwei Möglichkeiten.

I. Einzelne Psychosen, deren erstes Symptom eben die strafbare Handlung ist, entwickeln sich so langsam, daß ihre Diagnose bei der Verhandlung nicht gestellt werden kann; es fehlt an der Möglichkeit einer Beobachtung, die lange genug ist, um die Krankheit deutlich zu erkennen. Freilich wird das Verlangen, Zeit für die ärztliche Beurteilung zu gewinnen, nicht die Anwendung der bedingten Strafaussetzung nach sich ziehen, so berechtigt auch der Wunsch ist. Derartige Psychosen sind die arteriosklerotische Atrophie, präsenile und senile Geistesstörungen (sexuelle Delikte!) und vor allem außer der Paralyse gewisse Formen von Schwachsinn, besonders bei jugendlichen Personen. Ja, Verf. verlangt ganz generell eine Untersuchung jugendlicher Verbrecher auf ihren Geisteszustand. Der allmähliche Verlust der ethischen und altruistischen Vorstellungen und der außerordentlich schleichende Verlauf sprechen dafür, daß der Konflikt das erste Symptom der noch nicht zu erkennenden Störung ist.

II. Bei einzelnen Psychosen können Hemmungen, die aus krankhafter Ursache fehlen, durch die Einrichtung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung, durch das Damoklesschwert der sofort zu vollstreckenden Strafe

Digitized by Google

ersetzt werden. Indes gilt das immer nur von einzelnen Fällen von Schwachsinn, Degenerationen, Alkoholismus und Morphinismus oder Hysterie. Vornehmlich würde die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung für Jugendliche in Betracht kommen.

Schwandner, Aus der Praxis der vorläufigen Entlassung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang. 6./7. Heft.

Verf., der auf Grund einer fünfzehnjährigen Tätigkeit im Strafvollzugsdienst ein warmer und überzeugter Anhänger der vorläufigen Entlassung ist, erörtert anziehend die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, ihre Handhabung und die mit der vorläufigen Entlassung gemachten Erfahrungen in württembergischen Verhältnissen. Auch der Gegner der vorläufigen Entlassung — daran fehlt es nicht — wird sich der Wucht der vorgebrachten Argumente nicht verschließen können.

Verf. wünscht, daß nicht nur die gute Führung des Gefangenen die vorläufige Entlassung bedingt, sondern daß auch das Vorleben, die ganze Persönlichkeit des Gefangenen und die Verhältnisse, in die er eintritt, die Gefahr eines Rückfalls möglichst ausschließen. Er verlangt, daß im Interesse der Rechtsgleichheit die vorläufige Entlassung beim Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen zur Anwendung kommen muß. Die Frist für die Zurücknahme der vorläufigen Entlassung soll für alle Fälle auf zwei Jahre ausgedehnt werden. Die vorläufige Entlassung soll auch bei kürzeren Strafen (etwa bis zu sechs Monaten) Anwendung finden können.

Heilbronner, Karl, Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher, mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisirrenabteilungen in Preußen. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd., 5. Heft.

Geisteskranke Verbrecher haben mit dem geordneten Strafvollzug nichts zu tun; deren Unterbringung wird um so weniger Schwierigkeiten bereiten, je zeitiger sie aus den Strafanstalten ausscheiden. In den Strafregistern sollen zur Kenntnisnahme für Richter und Ärzte alle psychischen Störungen der Angeklagten und Verurteilten erwähnt werden, die eine gerichtsärztliche Bedeutung gewonnen haben. Gefängnisärzte bedürfen einer sehr gründlichen psychiatrischen Ausbildung und einer Weiterbildung durch Fortbildungskurse.

Die Gefängnisirrenabteilungen müssen, sollen sie ihre Bestimmung erfüllen, vorwiegend als Beobachtungsabteilungen dienen.

Von den wegen Psychose für strafvollzugsunfähig Erklärten eignet sich des ungefährliche Teil zur Entlassung unter gewissen Kautelen und unter Kontrolle bezüglich der Wahl des Aufenthaltsorts und der Beschäftigung. Der Prozentsatz der Gefährlichen unter denen, die der Irrenanstalt zuge-

Digitized by Google

wiesen werden, ist viel geringer als man vielfach annimmt; bei entsprechender Verteilung können die Irrenanstalten sie aufnehmen, ohne in ihrer Entwicklung und Aufgabe gehemmt zu werden. Verf. erklärt sich gegen die Schaffung besonderer Anstalten für alle vorbestraften oder rechtbrecherische Geisteskranke; so werden Anstalten zweiter Klasse geschaffen, und der Arzt wird zahlreicher Vorteile bei der Behandlung beraubt. Geradezu bedenklich ist die Absonderung und gemeinsame Unterbringung der Gefährlichen in besonderen Abteilungen, wie diese auch organisiert sein mögen.

Berze, Josef, Zur Frage der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Bd., 4. Heft.

Die Annahme der partiellen Zurechnungsfähigkeit ist ein nahezu überwundener Standpunkt. Indes hat die genauere Betrachtung der Zwischenformen zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit gezeigt, daß bei ihnen unter dem Einflusse gewisser schädigender, sonst belangloser Momente die Zurechnungsfähigkeit für eine bestimmte Handlung ganz ausgeschlossen werden kann. Darauf hat vor allem *Aschaffenburg* hingewiesen.

Verf. führt nun aus, daß die strafrechtliche Beurteilung zweifelhafter Fälle wesentlich erleichtert wird für den Richter sowohl wie den Arzt, wenn die Frage der partiellen Unzurechnungsfähigkeit, d. h. der Unzurechnungsfähigkeit für eine konkrete Tat, aufgeworfen wird. Der Sachverständige muß zur Erstattung seines Gutachtens natürlich genau unterrichtet sein über die Natur des Delikts, über die Art der nach juristischen Begriffen in Betracht kommenden Schuld und über die Ansprüche, welche die Vermeidung des Delikts an das Individuum stellt. Diese sind ganz verschiedener Art, je nachdem es sich um ein doloses oder culposes Delikt handelt. Grundbedingung ist daher für den Gutachter eine eingehende, dem speziellen Falle angepaßte Fragestellung seitens des Richters.

Krauss, Reinhold, Das Berufsgeheimnis des Psychiaters. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 3. Heft.

Sachgemäße Auslegung des § 300 unter besonderer Berücksichtigung der Entscheidungen höherer Instanzen und eine wohl erschöpfende Berücksichtigung der Spezialfälle für den Psychiater.

Die Kenntnisnahme der Psychose an und für sich ist schon als Privatgeheimnis anzusehen und zu behandeln.

Anvertrauend sind für uns Psychiater vielfach nicht der Kranke selbst, sondern Verwandte und Freunde, die sich seiner annehmen: der Anvertrauende ist hier also oft immer identisch mit dem Träger des Geheimnisses.

Die Praxis schafft sehr oft eine Kollision mit den Bestimmungen des § 300, wie bei der Beschaffung der zur Anstaltsaufnahme nötigen Papiere, den

Digitized by Google

Anzeigen an die Behörden, der Abgabe von Akten, den Anfragen über das Befinden der Kranken (Telephon!) und bei Besuchen. Veröffentlichung von Krankengeschichten, die deren Träger erkennen lassen, stellen eine schwere Verletzung dar; Verf. wendet sich auch gegen die bildliche Darstellung. Die Vorführung von Geisteskranken zu Unterrichtszwecken wird gerechtfertigt durch das öffentliche Interesse. Im Falle des § 81 St.P.O. ist das Gericht, das ein Gutachten einfordert, der Anvertrauende.

Im Zivilprozeß ist größere Vorsicht geboten.

Der Grundsatz: Aegroti salus suprema lex soll auch hier maßgebend sein.

Ferriani, Lino. Der „Zynismus" bei den jugendlichen Verbrechern. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 3. Heft.

Zynismus der jugendlichen Kriminellen ist vielfach (nach des Verfs. Beobachtungen in etwa drei Viertel der Fälle) nur der Ausdruck mangelnden Verständnisses für die Tragweite der Ereignisse; er äußert sich am klarsten wohl in dem törichten Stolz auf die Tat und der albernen, in der Verhandlung zur Schau getragenen Eitelkeit, der „vanité du crime" (Quetelet). Statt mit dem Zynismus die besondere Härte der Strafe zu begründen, sollte man lieber daraus Anlaß nehmen, den Täter genauer zu untersuchen und gegebenenfalls einer Erziehunganstalt zu übergeben. Ebenso dringend ist eine Prophylaxe geboten: die Gesellschaft, die nicht vorbeugt, ist viel schuldiger als der Rechtsbrecher und sollte sich hüten, an diesem die eigene Schuld zu bestrafen.

Schultz-Schultzenstein. Gattenmord während einer Attacke bei chronischer Paranoia. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Januar.

Der an Paranoia leidende Arbeiter, der dem Alkoholmißbrauch ergeben war, hatte seine Frau, von der er sich verfolgt glaubte, mit dem Beil erschlagen.

Verf. bespricht die Anstaltsunterbringung von Kranken, bei denen die Psychose attackenweise auftritt und zur Begehung gefährlicher Handlungen führen kann. Er erörtert kurz die Dauer und Art der Detention und befürwortet eine Ausdehnung des preußischen Ministerial-Erlasses, betreffend Entlassung gemeingefährlicher Kranken aus Irrenanstalten, vom 15. Juni 1901 bezw. 6. Januar 1902 auf das Deutsche Reich.

Bauer, Richard. Ein Fall angeblicher Kleptomanie. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 18. Bd., 1. Heft.

Dem Angeschuldigten waren fast 70 Diebstähle zur Last gelegt, die er in einem Zeitraum von etwa 13 Jahren begangen hatte. Die Zahl der von

Digitized by Google

ihm wirklich begangenen Diebstähle war aber wahrscheinlich bedeutend größer.

Da er nach seiner Angabe an einem inneren Drang leidet, der ihn zu den Sachen hinzieht, wurde er psychiatrisch beobachtet.

Nach dem einen Gutachten, das ihn für vollkommen glaubwürdig erklärt, leidet er an Zwangsvorstellungen; er handelt als ein blindes Werkzeug seiner krankhaften Impulse.

Ein anderes Gutachten schließt Zwangsvorstellungen aus, betont die Brauchbarkeit der von ihm gestohlenen Sachen und weist vor allem darauf hin, daß er nach Entdeckung seiner Diebstähle nicht mehr weiter stahl.

Das Fakultätsgutachten verneint ebenfalls das Vorliegen von Zwangsvorstellungen, lenkt aber die Aufmerksamkeit auf eine mäßige psychische Inferiorität.

Er wurde verurteilt.

Raecke, Zur Frage der Behandlung jugendlicher Verbrecher. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrgang, 5. Heft.

Kasuistische Mitteilung eines lehrreichen Falles, der wiederum zeigt, daß es nicht unbedenklich ist, daß der Richter allein über das Vorhandensein der zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderlichen Einsicht (§ 56 St.G.B.) entscheidet. Es handelte sich um Sittlichkeitsverbrechen, und solche finden wir ja bei Schwachsinnigen sehr häufig. In den kritischen Bemerkungen teilt Verf. eine nachahmenswerte Einrichtung der Frankfurter Irrenanstalt mit; hier besteht eine besondere Knabenabteilung für psychisch minderwertige Kinder mit kriminellen Neigungen.

Dieser Abteilung, in der für Erteilung von Unterricht und Beschäftigung in Garten und Werkstätten gesorgt ist, werden auch Fürsorgezöglinge zur Beobachtung überwiesen.

Jaeger, Aus den Papieren eines Verbrechers. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 17. Bd., 3. und 4. Heft.

Autobiographien von Verbrechern haben ihren Wert trotz aller gegen sie oft und mit Recht vorgebrachten Bedenken. Der Schreiber der mitgeteilten Aufsätze verfügt über eine recht gute Bildung, kennt die Literatur über das Verbrechen und schreckt vor einer kräftigen Kritik nicht zurück. Beachtenswert ist, was er über sich selber schreibt; besonders gilt das hinsichtlich seiner Ansichten über die Bedeutung des Milieus, über die Nachwirkung einer unschuldig erlittenen Haft und die Verhütung der Rückfälligkeit.

Digitized by Google

4. Pathologische Anatomie.

Ref.: Matusch-Sachsenberg.

Grinker, J., A case of juvenile tabes in a family of neurosyphilities. The journ. of nerv. & ment. disease. December.

G. berichtet über die Krankheitsgeschichten einer durch ihren zweiten Mann syphilitisch infizierten Frau und ihrer aus zweiter Ehe stammenden drei Kinder. Die Mutter starb nach zwölfjähriger Tabes, ein Sohn starb, 19 Jahre alt, an Dementia paralytica nach ein und einhalbjähriger Krankheit: der zweite Sohn, 25 Jahre alt, bot alle Erscheinungen der Tabes dar, aber auch Silbenstolpern und Zittern der Zunge und damit die Möglichkeit beginnender Paralyse, die Tochter, 22 Jahre alt, hatte Sattelnase, Ozaena, interstitielle Keratitis und andere Zeichen hereditärer Lues und erkrankte an epileptischen Anfällen und langsam entstandener Hemiplegie mit Nachschüben, wahrscheinlich bedingt durch Thrombose bei Hirnlues.

Bei der Mutter und dem ersten Sohne fehlten floride syphilitische Symptome, der zweite Sohn hatte in der Kindheit an verdächtigen Hautausschlägen gelitten.

Anschließend hieran schildert *G.* einen Fall von Tabes praecox bei einem fünzigjährigen Mann, die im 22. Jahre begonnen hatte und sich durch korsettförmige Rumpfanästhesie auszeichnete.

Ballard, W., The value of astereognosie as a localising symptom in cerebral affections. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Aus der Sichtung der Literatur und aus einem Falle eigener Beobachtung schließt *B.*, daß Astereognosie bei Läsionen der Bahn: Rinde, Thalamus, innere Kapsel vorkomme, ihr Wert für die Lokalisation des Herdes ist deshalb beschränkt, als alleiniges Symptom deutet sie auf eine subcorticale Läsion. In dem beschriebenen Falle fand sich ein Gliom des rechten Corp. callosum, das sich weit und diffus in die Corona radialta und das Centrum semiovale erstrekte.

Hamilton, A. S., Report on a case of erythromelalgia with the post-mortem findings. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Ein klinisch und anatomisch sehr ausführlich beschriebener Fall von E. bei einem kräftigen Manne, beginnend im 39. Jahr, der Fall hat manche Abweichungen vom gewöhnlichen Verlauf, u. a. trat die Affektion zuerst am linken Zeigefinger auf, verschwand nach einigen Monaten und kehrte hier erst wieder

Digitized by Google

kurz vor dem Tode zurück. Hitze wirkte besser schmerzmildernd als Kälte, es bestand einseitiges Schwitzen. Zuletzt war das Bild durch Nephritis verwischt. Im anatomischen Befunde überwogen die vorgeschrittenen arteriitischen Veränderungen bei weitem die unbedeutenden und inkonstanten Veränderungen an den Nerven.

Burr, C. W., The influence of fever on the pains of locomotor ataxia. The journ. of. nerv. & ment. disease. May.

Nach *B.*s Beobachtung sind fieberhafte Zustände bei Tabes, wenn sie mit Frösten einhergehen, mit ungemein heftigen lanzinierenden Schmerzen verbunden.

Brush, A. C., Report of two cases of meningeal tumor treated by ligature of their vessels. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Die Ligatur der ernährenden Gefäße wurde gewählt, um der bei Auslösung des Tumors unvermeidlichen Verletzung der Rinde aus dem Wege zu gehen. In beiden Fällen mit dem Erfolge, daß die Reizsymptome verschwanden, während der vor der Operation bestehende motorische Ausfall ungebessert blieb.

Pershing, Optic neuritis of unknown origin. The journ. of nerv. & ment. disease. January.

In den beiden ersten Fällen war vielleicht Ohreiterung als Ursache anzunehmen, im dritten war keine Ursache erkennbar Im ersten bestand vorgeschrittene Tuberkulose, der der Pat. erlag, die beiden anderen wurden geheilt.

Kneass, S. S., and *Sailer, J.*, A case of tuberculous meningitis with secundary infection. The journ. of nerv. & ment. disease. October.

In einem Falle von tuberkulöser Meningitis, die auch die Sektion bestätigte, fand sich bei der Lumbalpunktion reichlich Micrococcus tetragenus.

Schlapp, M., and *Walsh, J.*, Subcortical cyst and fibroma due to trauma producing Jacksonian epilepsy, cured by operation. The journ. of nerv. & ment. disease. Dezember.

Der Fall betraf einen neunzehnjährigen Jungen und war insofern von Interesse, als die Anfälle *Jackson*scher Epilepsie zuerst in Schmerz und Zucken im linken Arm bestanden, später auf das linke Bein übergriffen und

Digitized by Google

sich mit Bewußtseinsverlust verbanden, später stellte sich dauernde rigide Lähmung des Armes, Astereognosie und Parese des Beines ein. Durch die Operation wurde eine Cyste unter der Rinde der Zentralwindungen eröffnet, in die Cyste ragte ein kleiner, mit einem Stiel von der Wand ausgehender Tumor hinein, der sich leicht auslösen ließ. Die Heilung war eine vollständige.

Langdon, F. W., Multiple neuritis. The allenist & neurologist. May.

Klinische Vorlesung. *L.* behauptet, daß die Krankheit zuerst 1822 von einem Bostoner Arzt *Jackson* beschrieben sei.

Southard and *Roberts*, A case of chronic internal hydrocephalus in a youth. The journ. of nerv. & ment. disease. February.

Bei einem siebzehnjährigen Jungen, der vor zehn Jahren von einem Schädelbruch, vor sieben Jahren von einem Hufschlag gegen den Hinterkopf ohne Folgen geheilt war, bestanden seit sieben Monaten Schwindel, Anfälle von Bewußtlosigkeit, denen Taubheitsgefühl in der Umgebung der Augen und in der Zunge voraufging, Erbrechen ohne Übelkeit, Kopfschmerzen, Erblindung mit Stauungspupillen, völlige Anosmie, Ataxie von cerebellarem Charakter. Punktion des rechten Seitenventrikels schien zu bessern, nach Wiederholung starb Patient. Aus dem Sektionsbefunde ist hervorzuheben: Oedem und Verdickung der basalen Pia auch am Kleinhirn, chronisch entzündliche Veränderungen des rechten Plexus chorioid., starker Hydrocephalus intern., mäßige Atherose der Art. chorioid. ant. In letzterer ist vielleicht die Erklärung des Hydrocephalus zu suchen. Die Verff. erörtern weiterhin die Frage, ob H. int. ein selbständiges Krankheitsbild ist, unter Anführung der bisher bekannten Fälle.

Fry, A cerebellar tumor, operation, recovery. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Innerhalb dreier Jahre hatten sich bei dem 39jährigen Manne Symptome entwickelt, die auf einen Tumor des Kleinhirnes, mehr in der rechten Hälfte gelegen, deuteten: rechtsseitige Taubheit, rechtsseitige Rigidität, allgemeine Ataxie, rechts stärker ausgeprägt, Parästhesien im Versorgungsgebiet des rechten Quintus, Stauungspupille. Die Operation und der Sitz des sperlingseigroßen Tumors (Tuberkel) sind nicht genauer beschrieben. Aus einem kurzen Bericht des Kranken, ein Jahr nach der Operation, ist zu entnehmen, daß seine Erwerbsfähigkeit ganz wiederhergestellt war, die Sensibilitätsstörung sich gebessert hatte und noch geringe rechtsseitige Ataxie bestand. Das rechte Ohr blieb taub. Von der Operation war eine lästige Gehirnhernie zurückgeblieben. Ein Stützapparat wurde nicht vertragen.

Digitized by Google

Leszynski, W., A case of brain tumor. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Die Symptome wiesen auf einen Tumor in der rechten motorischen Region; bei der Operation gelang es nicht, ihn aufzufinden; in der Folge wurde täglich etwa ein Liter aus dem rechten Ventrikel abgeleitet, die Kranke starb drei Wochen nach der Operation an Pneumonie. Es fand sich ein eigroßes Gliom im rechten Ventrikel, anscheinend vom Ependym ausgehend.

Pritchard, W. B., Delirium grave. A critical study with report of a case with autopsy. The journal of nerv. & ment. disease. March.

P. gibt eine kurze Monographie, die nichts Neues enthält, er möchte eine Form, die auf toxische Einflüsse und Trauma zurückzuführen ist und mit deutlicher Meningoencephalitis verläuft, als „Pseudo-Delirium grave" von dem eigentlichen D. g. abtrennen, dessen Befund sich auf unsichere Veränderungen der nervösen Elemente beschränkt. Ein solcher Fall wird beschrieben.

Da Costa, The surgery of idiocy and insanity. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

Kritische Besprechung der bei Mikrocephalie, Hydrocephalus, Epilepsie, Dementia paralytica und Psychosen angewandten Operationen.

Weisenburg, Uremic hemiplegia, with changes in the nerve cells of the brain and cord, and recent primary degeneration of one central motor tract. The journ. of nerv. & ment. disease. July.

W. weist in zwei Fällen von Hemiplegie bei Urämie Zellenveränderungen nach in den *Betz*schen Zellen des Lob. paracentr., beiderseits aber in der der Hemiplegie entgegengesetzten Seite stärker ausgeprägt, in den Zellen der Vorderhörner, Degeneration der motorischen Fasern (*Marchi*) verfolgbar von der Lumbarregion bis zur inneren Kapsel. Die Hemiplegie bestand in einem Falle vierzehn Tage, im anderen vier Tage. In beiden Fällen wird Nierenschrumpfung beschrieben, in beiden aber ist kein Urinbefund gegeben.

Hoppe, H. H., A clinical and pathological contribution to the study of the central localisation of the sensory tract. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Aus seinen Untersuchungen, die eine Reihe von Fällen eigener Beobachtung umfassen, schließt *H.*, daß die wichtigsten corticalen sensorischen

Digitized by Google

Felder, wenigstens für Schmerz und Temperatur, in dem vorderen Teil des Parietallappens liegen und Tast- und Muskelgefühl in der Area Rolandi lokalisiert sind. Während bei akuter Erweichung im Bereich der Art. cer. med. stets komplette Hemianästhesie mit der motorischen Lähmung verbunden ist, findet sie sich bei chronischer Zerstörung durch Thrombose und Tumoren nicht oder unvollkommen, obgleich subjektive Empfindungsstörungen häufig sind. Man wird also mit *von Monakow* der Körpersensibilität eine bilaterale Repräsentation zuerkennen müssen und ein vikariierendes Eintreten anderer Bahnen und Zentren, wenn die gewöhnliche Bahn zerstört ist.

McKennan, Two tumors of the brain. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

Cyste im rechten Hinterhauptslappen, nach deren Entleerung sich die Erscheinungen der Wortblindheit langsam fast ganz verloren, während die Hemianopsie ungebessert blieb.

Im zweiten Fall, Tod nach Entfernung eines großen Endothelioms im linken Frontallappen, durch welches das Stirnbein beträchtlich vorgewölbt und verdickt war. Von Interesse ist, daß die Frau während des Wachsens der Geschwulst zwei normale Entbindungen durchgemacht hatte.

Gordon, A., A microscopical study of the spinal cord not compressed by displaced vertebral in a case of Pott's disease, areas of necrosis in the cerebellum, one superior cerebellar peduncle and card; Rénaut's bodies in one sciatic nerve. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

In einem Falle von Caries des neunten und zehnten Rückenwirbels ohne Kompression des Rückenmarkes fanden sich degenerative Veränderungen der Bahnen, die ihren Ausgangspunkt von dem 10. und 15. Thoracalsegment nahmen, indessen fand sich auch unterhalb des Segmentes Degeneration der Hinterstränge in Form des *Schultze*schen Kommas, verfolgbar bis in die Lumbarsegmente. Anamnestisch bot der Fall Anhaltspunkte für Syphilis, nach dem Befunde namentlich der Gefäße hält *G.* Tuberkulose des Zentralnervensystems für erwiesen, trotzdem sich weder Riesenzellen noch Tuberkelbazillen nachweisen ließen. *Rénaut*sche Körper enthielt nur der rechte Sciaticus, der übrigens frei von Degeneration war.

Hunt, J. R., The retrograde atrophy of the pyramidal tracts. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

Verf. bespricht in einem Fall von langjähriger Kompression des Rückenmarks in der Höhe des achten Halswirbels ungewöhnlich hoch hinaufgehende retrograde Atrophie der Pyramidenstränge, sie ließ sich in abnehmender Stärke bis über die Kreuzung verfolgen und kennzeichnete sich noch

Digitized by Google

in der Medulla und in Pons durch Blässe und Schmalheit mit Vermehrung der Glia.

In der Deutung des Befundes schließt sich *H.* der Anschauung an, daß es sich um einfache sekundäre Atrophie handelt.

Collins, J., Purulent Myelitis, focal and disseminated. The journ. of nerv. & ment. disease. November.

25jähriges Mädchen behielt von Influenza Parästhesien und Schmerzen im linken Bein und im Kreuz zurück, später Schwäche des Beines und übergreifen der Beschwerden auf das rechte Bein mit brennendem Gefühl in den Knien und im Abdomen, Steigerung der Reflexe und Babinski, fleckweiser Anästhesie, die sich zuletzt über die untere Körperhälfte erstreckt mit einem Gürtel von Hyperästhesie oberhalb des Darmbeinkammes. Tod nach einjähriger Krankheit.

In der Annahme luetischen Ursprungs war intensive spezifische Behandlung ohne Erfolg angewendet. Es fand sich ausgedehnte disseminierte eitrige Myelitis mit zahlreichen Herden und einer größeren Abszeßhöhle im Sakralmark. Der klinische Verlauf erklärt sich durch die Deutung dieser Höhle als Primärerkrankung, von der sich die kleineren verstreuten Herde herleiteten.

Waterman und *Pohack*, Fracture of the basis cranii followed by atrophy of both optic nerves and peculiar psychic phenomena. The journ. of nerv. & ment. disease. April.

Einige Tage nach der Schädelverletzung bot der Kranke ein Bild, das der traumatischen Hysterie ähnlich sah: Sehfeldeinengung rechts, behauptetes Unvermögen, links mehr als die Finger dicht vor dem Auge zu sehen, während $V = {}^1/_{15}$, später $= {}^2/_{15}$ war, Zittern, Depression mit Ausbrüchen von Jähzorn. Ein halbes Jahr später bestand linksseitige Amaurose, Anosmie und Anakusis, Lähmung des sensibelen Teiles des linken Trigeminus, des Geschmacksteils des linken Glossopharyngeus, linksseitige Hemiparese und linksseitige Anästhesie und Analgesie. Impotenz und Verblödung.

5. Spezielle Pathologie und Therapie.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

Wollenberg, R., Hypochondrie. Wien, Alfred Hölder. 66 S. 1,60 Mark.

In dem Sammelwerk von *Nothnagel* (Spez. Pathologie und Therapie) bearbeitet *W.* die Hypochondrie. 23 Beobachtungen werden beigebracht.

Digitized by Google

Von größter ätiologischer Bedeutung ist das Vorhandensein einer meist ererbten psychopathischen Grundlage. Es handelt sich dabei entweder um bloße Veranlagung zu psychisch-nervöser Erkrankung oder um eigentliche psychopathische Belastung. Danach lassen sich zwei Grundformen der Hypochondrie unterscheiden, die konstitutionelle und die akzidentelle. Eine scharfe Grenze besteht nicht. Die konstitutionelle ist ein exquisit chronischer Krankheitszustand, der meist mit Remissionen und Exacerbationen verläuft. Überblickt man die Literatur, so ergibt sich, daß die Bezeichnung Hypochondrie in dem allgemein gebräuchlichen Sinne kein einheitliches Krankheitsbild bedeutet, sondern sehr verschiedenartige Zustände deckt. W. kommt zu dem Schlusse: daß die Hypochondrie als eigentliche Krankheit nicht aufrechterhalten werden kann, daß sie vielmehr nur ein psychopathologischer Zustand, eine krankhafte psychische Disposition besonderer Art darstellt. Der hypochondrische Zustand kommt bei Krankheitsformen der allerverschiedensten Art vor.

Sklar, N., Über Gefängnispsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Oktober—November.

S.s Material besteht aus 5 alkoholischen Deliranten, 22 akuten Psychosen, 21 Verblödungspsychosen und 13 Fällen von Paranoia. Er möchte die akute Gefängnispsychose als eine besondere Unterart von Amentia aufstellen und zum Unterschiede von der chronischen Form, die auch im Gefängnis entsteht, als akute bezeichnen. In der Einzelhaft entsteht meistens eine akute Psychose, die zur Heilung kommt, wenn die Haft rasch aufgehoben wird, sonst geht sie leicht in Verblödung über. Die akute Psychose kann in der Gemeinschaftshaft auch auftreten, meistens entsteht aber in derselben, aber erst nach längerer Dauer, die ächte Paranoia. — Die meisten der im Gefängnis Erkrankten zeigen eine größere oder geringere Disposition, doch ist die Haft eine starke Gelegenheitsursache für die Entwicklung von Psychosen, eine stärkere als die meisten Gelegenheitsursachen im freien Leben.

Klein, F., Therapeutische Erfahrungen bei akuten Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Oktober—November.

K. berichtet über seine Erfahrungen aus der Anstalt Conradstein. Zunächst wendet er sich gegen die Ansicht derer, die das Hyoscin für völlig ungefährlich halten. 13 Krankengeschichten illustrieren die mitunter auftretenden üblen Nebenwirkungen, wie Parästhesien und Halluzinationen. Kein Sinn bleibt dabei unter Umständen verschont. Die Hysterischen sind für die typischen Hyoscindelirien am meisten disponiert; ebenso sind Melancholiker gefährdet. Bei akuten Psychosen sind dauernde Hyoscinverabreichungen nicht am Platze. Sulfonal ist ausschließlich Sedativum, während Trional ein zuverlässiges Hypnoticum ist. Atheromotose, Vitium cordis, Senium usw. sind Kontraindikationen. Sulfonal hauptsächlich bei chronischen Psychosen. Bei

Digitized by Google

Trional warnt *K.* vor kleinen Dosen mehreremal täglich. Morphium behauptet nur seinen Platz bei den Angstpsychosen und bei manchen Formen von Irreseinn mit Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulsen. Opium hilft bald oder gar nicht. Die Brompräparate passen nicht für akute Psychosen, sie lähmen die Hirnrinde. Chloral ist nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Paraldehyd wird sehr gelobt, ist nur Schlafmittel, hat keine sedative Wirkung. Dormiol erreicht nicht annähernd die Wirkung von Chloral und Paraldehyd. Über Veronal fehlen *K.* eigene Beobachtungen. Den Alkohol möchte er nicht entbehren.

Liepmann, H., Über Ideenflucht. C. Marhold, Halle a. S. 84 S.

Auf die Arbeit *L.s.* die im wesentlichen eine psychologische ist, soll hier nur kurz hingewiesen werden. *L.* betrachtet die vorliegende Arbeit als einen Versuch, die Frage zu beantworten: Was heißt Zusammenhang im Denken? Die Ideenflucht ist keine psychomotorische, sondern eine intrapsychische Störung. In der Ideenflucht reißt jedes assoziativ oder sensugen Geweckte die Aufmerksamkeit an sich. Die Selektion, welche das geordnete Denken macht, fällt weg.

Pick, A., Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters C. Marhold, Halle a. S. 28 S.

P. beginnt mit der sogenannten Poriomanie, die in der Mehrzahl der Fälle bei Kindern dem auf dem Boden einer Psychasthenie zustande gekommenen Wandertriebe entspricht und meist durch die Dysphorie (*Heilbronner*) ausgelöst wird. Es bestehen Übergänge von der psychasthenischen zur hysterischen Poriomanie. Der epileptische Wandertrieb steht bei Kindern an letzter Stelle. Bei Besprechung der Zwangsvorstellungen berichtet dann *P.* weiterhin, daß er häufiger als *Westphal* gefunden, daß die Kinder den Inhalt ihrer Zwangsvorstellungen wirklich glauben. Dieselben verraten sich mitunter durch übertriebene Pünktlichkeit und Skrupulosität. Zwangsvorstellungen weisen auf einen neuropathischen und psychasthenischen Boden hin. *P.* bespricht dann die Tiks (Habit-Chorea *Weir Mitchell*, koordinatorische Erinnerungskrämpfe *Friedreich*), die häufig mit Zwangsvorstellungen zusammen vorkommen. Den Schluß bildet die sogenannte pathologische Träumerei des Kindesalters.

Ziehen, Th., Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Heft 2. Berlin, Verlag von Rheuter u. Reichard. 94 S. 2 Mark.

Z. bespricht in diesem Heft (aus der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie) zunächst die Dementia bei Herderkrankungen und die Dementia hebephrenica s. praecox, um dann zu den Psychosen ohne Intelligenzdefekt überzugehen. Er hält sich hierbei im allgemeinen an die Einteilung der Psychosen, die er in seiner

Digitized by Google

Psychiatrie 1902 gegeben hat. Das vorliegende Heft umfaßt die einfachen Psychosen, sowohl die affektiven wie die intelektuellen. Den Schluß bilden Dämmerzustände und Begleitdelirien. Geistesstörungen und Zwangsvorstellungen, psychopathische Konstitution und die zusammengesetzten Psychosen stehen noch aus.

Mapelon, René. La démence précoce, Paris bei A. Jounin et Cie. 199 S.

Im dritten Bande der unter der Direktion von *Hutinel* herausgegebenen Médicine pratique gibt *M.*, der sich übrigens schon früher mit der Dementia praecox beschäftigt hat (Psychologie des déments précocos 1902), eine klinische Darstellung der genannten Krankheit. Er legt seinen Erörterungen die *Kraepelin*sche Einteilung der Psychosen zugrunde. Bei der Dem. praecox unterscheidet er eine forme simple, catatonique, hébéphrenique ou délirante und paranoïde. *M.* verlangt ätiologisch eine Intoxikation. Einige Abbildungen und Schriftproben sind beigefügt.

Ervensen, Hans, Dementia praecox. 300 S. Christiania, bei Aschehoug & Co.

E. giebt hier den ersten Teil eines Werkes über die Psychosen des Kindesalters. *E.* sucht seine Landsleute mit der Dementia praecox bekannt zu machen. Er ist Schüler von *Kraepelin*. Die Literatur kennt er vollständig, was sein Verzeichnis von 222 Nummern beweist. Abbildungen und Schriftproben fehlen nicht.

Fickler, A., Ein Beitrag zur Pseudosklerose. Deutsche mediz. Wochenschrift No. 51.

Es handelt sich um zwei Fälle, Vater und Tochter, die klinisch das Bild der multiplen Sklerose des Zentralnervensystems boten, anatomisch aber keine derartigen Veränderungen am Nervensystem zeigten. Die psychischen Störungen äußerten sich in Abnahme der Intelligenz und Steigerung der Gemütserregungen.

Senator, M., Eine Beobachtung über Zirkulationsstörung nach Veronal. Deutsche mediz. Wochenschrift No. 31.

Eine vierzigjährige neurasthenische, nicht hysterische Dame mit starker Erregtheit, motorischer Unruhe, zeitweiser Unbesinnlichkeit und Verwirrtheit nebst Angstzuständen im Anschluß an eine Influenzapneumonie, erhielt, bei völlig gesundem Herzen, mit zweistündiger Pause je ein Gramm Veronal. Danach Schlaf. Vier Stunden nachher Erwachen mit Oppressionsgefühl, Präkordialangst und Schwächeempfindung. Herzaktion sehr schlecht; Puls

Digitized by Google

über 120, sehr unregelmäßig. Erst nach zwölf Stunden schwand diese Zirkulationsstörung.

Pfeiffer, Weitere Mitteilungen über die Wirkung des Veronals. Deutsche mediz. Wochenschrift No. 51.

P. spricht sich sehr befriedigt über die Wirkung des Veronals aus, namentlich bei Schlaflosigkeit im Gefolge von Influenza. 0,5 g genügt. Keine üblen Nebenwirkungen.

Beck, J., Ein Fall von Tetanus traumaticus. Heilung nach viermaliger Seruminjektion. Ärztl. Sachverst.-Zeitung No. 23.

Es handelt sich um einen zwölfjährigen Jungen, der nach einer Verletzung des rechten Fußes an Unfähigkeit, die Kiefer voneinander zu bringen, an Opisthotonus, tonischem Krampf der Bauchmuskulatur und sämtlicher Arm- und Beinstrecker erkrankte. Innerhalb acht Tagen vier Injektionen von Serum antitétanique vom Institut Pasteur in Paris. Danach Heilung.

Brie, Zur Kenntnis der Psychosen nach Strangulationsversuch. Ärztl. Sachverst.-Zeitung No. 22.

Der 45jährige Sammetweber begeht bei vollem Bewußtsein einen Notzuchtsversuch bei seiner Tochter. Zwei Tage später Selbstmordversuch durch Erhängen. Im Anschluß daran Konvulsionen, einige Tage tobsüchtige Erregung, dann ein etwa zwei Monate anhaltender Zustand mit blöde-benommenem, apathisch-unbesinnlichem Verhalten. Später Genesung, doch eine retrograde Amnesie von fast zwei Monate vor dem Erhängungsversuch, die Zeit der strafbaren Handlung eingeschlossen. Explorant wird demnach eine Strafe verbüßen müssen für eine Handlung, für die ihm das Bewußtsein völlig fehlt.

Pick, A., Zur Symptomatologie der linksseitigen Schläfenlappenatrophie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Oktober.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 58jährige Frau, die seit etwa drei Jahren allmählich Zeichen von Dem. senilis bietet; sie wird immer vergeßlicher, verkennt die Umgebung, verliert alle Orientierung. Dabei besteht amnestische Aphasie, die dann in etwa zwei weiteren Jahren zu einer fast völligen Verödung der Sprache führt. Der impressive Anteil der Sprache wurde erst spät gestört. Worttaubheit nicht nachweisbar. Die Sektion ergab eine Atrophie des linken Schläfenlappens. Die *Broca*sche Stelle war ebenfalls affiziert. —

Im zweiten Fall, bei einer 75jährigen Frau, war die Sprachstörung komplizierter; sie wies Elemente amnestischer und agrammatischer, vielleicht auch paraphatischer Art auf, daneben Worttaubheit bei hochgradiger Schwer-

Digitized by Google

hörigkeit; außerdem Agraphie und Alexie, später größere Verödung des Vorstellungsinhaltes. Schließlich war jeder sprachliche Ausdruck geschwunden. Es fand sich allgemeine Atrophie des Gehirns, namentlich des linken Schläfenlappens. — Den Schluß macht eine atypische Paralyse (*Lissauer*) mit amnestischer Aphasie. Auch hier zeigte der linke Schläfenlappen wesentlich stärkere Atrophie als das übrige Gehirn. —

Schlott, A., Über Simulation von Geitesstörung. Münch. med. Wochenschr., No. 42.

Reine Simulation von Geistesstörung ist sehr selten und kommt vorherrschend auf degenerativer Grundlage vor. Simulation und Geistesstörung schließen sich nicht aus. Das Geständnis der Simulation schließt Geistesstörung nicht aus. Die Annahme von Simulation ist nur dann berechtigt, wenn der Nachweis der geistigen Gesundheit des Individuums erbracht ist. Repressalien zur „Entlarvung" des Simulanten sind zu vermeiden. In allen simulationsverdächtigen Fällen ist irrenärztliche Begutachtung und Beobachtung in einer Klinik oder Irrenanstalt das einzig ausreichende. — Häufiger als Simulation ist die Dissimulation. Man findet letztere am häufigsten bei Melancholie und Verrücktheit. Sie trifft man vorwiegend im Zivilverfahren. —

Ranschoff, Versuche mit Isopral als Schlaf- und Beruhigungsmittel. Psychol.-Neurol. Wochenschr. No. 48.

In Stephansfelde wurde das Mittel in Form von Tabletten und in alkoholischer Lösung verabreicht, großenteils bei chronischen Fällen. Der Erfolg war durchweg günstig. Bei motorischer Unruhe, auch starker Intensität, wirkte 2×1.0 g beinahe immer, in leichteren Fällen von Schlaflosigkeit genügten geringere Dosen. Bei heftigen Affektionen ist die Wirkung unsicher. Vielleicht ist auch bei schmerzhaften Leiden ein Erfolg zu erwarten. Üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Richter und *Steiner*, Über die Wirkung des Veronal. Psychol.-Neurol. Wochenschr., No. 51.

Die Versuche wurden in der Pflegeanstalt zu Ybbs gemacht und fielen meist günstig aus; nur sehr schwere Erregungszustände wurden nicht beeinflußt. Verff. rühmen das Veronal bei den Erregungszuständen der Epileptiker. In einem Fall, bei einer Hysterica, trat nach Veronal ein typhus-roseolaartiger Ausschlag auf.

Michel und *Raimann*, Über Veronal. Die Heilkunde, Januar.

Die Versuche in der v. *Wagner*schen Psychiatrischen Klinik ergaben bei 0.5 g Veronal in 78% positive Ergebnisse. Ein Kranker schlief danach ei

Digitized by Google

Stunden. Bei 1,0 g trat beinahe ausnahmslos Schlaf ein. Veronal ist ein gutes Schlaf- und Beruhigungsmittel. Auch bei Alkoholdelirien guter Erfolg. Keine üblen Nebenerscheinungen.

Übeleisen, Über Bornyval, ein neues Baldrianpräparat. Deutsche Praxis. 3. Heft.

Bornyval ist Bornevol mit Baldriansäure. Es nimmt sich am besten in Gelatinekapseln. 0,25 g mehrere Male täglich. *N.* empfiehlt es bei Hysterie, namentlich bei hysterischen Anfällen, dann bei Neurasthenie, nervösen Herzbeschwerden, Herzneurosen u. dgl. Es wirkt besser als Zincum valerian. Üble Nebenerscheinungen fehlten, bis auf lästiges Aufstoßen in einige Fällen.

Knapp, Ein Fall von motorischer und sensibler Hemiparese durch Revolververletzung des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. No. 4.

Der Kranke schoß sich eine Kugel in die rechte Schläfe, welche dann durch Trepanation nicht entfernt werden konnte. Es besteht eine achtwöchentliche retrograde Amnesie und Rindenepilepsie. Außerdem Sehstörungen funktioneller Art links. Die linken Extremitäten paretisch und atrophisch. Überempfindlichkeit gegen Nadelstiche; Berührungs- und Lageempfindung in der linken Körperhälfte erheblich herabgesetzt. Die Sensibilitätsstörung beginnt nicht in der Mittellinie des Körpers. Kältereize werden normal empfunden; Verbrennungen nur am Rumpf normal, am linken Arm und Bein als eiskalt empfunden! Die zentralen Bahnen für Wärme- und Kälteempfindung müssen also getrennt verlaufen. — Die Kugel sitzt nach Röntgenaufnahme über dem Felsenbein nahe der *Sylvi*schen Furche in der Gegend der rechten Zentralwindung. Hysterie ausgeschlossen.

Oberndörffer, Ein Fall von Rückenmarkstuberkel. Münch. med. Wochenschr., No. 3.

Es handelt sich um einen 26jährigen Mann mit Lungentuberkulose, der über Harnbeschwerden, lanzinierende Schmerzen und Parese der Beine zu klagen hatte. Später Paraplegie, Gürtelgefühl usw. Die Erscheinungen waren erst einseitig, wurden aber rasch doppelseitig. Die Diagnose wurde auf Rückenmarkstuberkel im neunten oder achten Dorsalsegment gestellt und post mortem bestätigt. Es fand sich ein Konglomerattuberkel mit Riesenzellen und massenhaft Tuberkelbazillen.

Baer, Über akute Polymyositis. Münch. med. Wochenschr., No. 4.

Die genannte Krankheit setzte bei dem 35jährigen Metzger akut fieberhaft ein mit Schüttelfrost. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit war bei

Digitized by Google

ihm hauptsächlich auf die Muskeln lokalisiert, die das rechte Schultergelenk und Schulterblatt bewegen; außerdem bestand eine mäßige Druckempfindlichkeit des Plexus brach. und der Nervenstämme. Keine Sensibilitätsstörungen oder nachträgliche degenerative Veränderungen. Nach sechs Wochen war der Patient nahezu genesen. Ein Infektionserreger war nicht nachzuweisen.

Knapp, A., Spastische Symptome bei funktionellen Geistesstörungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., September.

Bei einem 50jährigen Epileptiker stellt sich nach einem neunstündigen Status epilepticus ein schwerer Erregungszustand mit Halluzinationen, Desorientierung, ängstlicher und übermütiger Agitation, Angst, Angriffen auf die Umgebung usw. ein. Während dieses Zustandes vorübergehend ausgesprochener Patellarklonus, unerschöpfbarer Fußklonus kombiniert mit Spasmen und typischem Babinski an beiden Beinen. Nach zehn Stunden waren alle diese Symptome wieder verschwunden. Genesung. —

Bei einer 46jährigen Frau treten im Terminalstadium einer tuberkulösen Lungenerkrankung allerlei psychische Störungen funktioneller Natur. Inanitionsdelirien ein. Zehn Tage vor dem Tode plötzlich hochgradige Spasmen an den Armen und ausgesprochene Hypotonie an den Beinen. Zwei Tage vor dem Tode Steifigkeit auch an den Beinen. Die Sektion ergab keine organischen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark.

Meyer, E., Über Autointoxikationspsychosen. Archiv f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, Heft 1.

Giftstoffe, die im Körper entstehen, können psychische Störungen verursachen. Das psychische Krankheitsbild im Verein mit den körperlichen Erscheinungen weist dann auf eine solche Vergiftung hin. Es gelingt aber nicht, die psychischen Störungen nach der Art der ihnen zugrunde liegenden Autointoxikation zu unterscheiden. Ein Teil der Fälle gehört dem sog. Delirium acutum an, welches kein einheitliches Bild darstellt. Bei diesen Fällen sind die klinischen Erscheinungen sehr stürmisch, der Tod tritt meist rasch ein. In anderen Fällen, wo die Autointoxikation schon lange Zeit eingewirkt hat, sind die psychischen Erscheinungen weniger stürmisch. *M.* bringt hierfür fünf Fälle bei. Bei allen geht der psychischen Erkrankung ein teilweise jahrelanges Siechtum voraus, ohne daß ein eigentlicher Grund zu demselben vorhanden ist. *M.* nimmt deshalb dafür eine Autointoxikation an. Von nervösen Störungen zeigen solche Fälle: Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmachten, Zittern, auch wohl spastische Erscheinungen. Allen Fällen gemeinsam ist als Grundton eine Trübung des Bewußtseins mit Erschwerung der Auffassung und Inkohärenz bis zu mussitierenden Delirien. Die Kranken sind wie in einem Traumzustand. Dabei besteht Neigung zu Perseveration und Verbigeration, zu Stereotypien in Bewegungen und Stellungen. Stärkere

Digitized by Google

Affektbetonung und Erregung fehlen. Es fanden sich in der Hirnrinde und im Rückenmark schwere Ganglienzellenveränderungen in der Form der häufigsten Zellenveränderung mit Abrundung, Aufblähung, Aufhellung, Fortsatzarmut usw. der Ganglienzellen. In den Zentralwindungen starke Schwarztüpfelung, ebenso im Rückenmark.

Hermkes, C., Über den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, Heft 1.

H. stellt den Angaben der Literatur für und gegen einen event. operativen Eingriff bei Geisteskranken und Nervösen fünf Fälle eigener Beobachtung gegenüber, Hysterische, die nach dem operativen Eingriff nicht besser sondern schlimmer wurden. Später genasen dieselben dann nach zweckentsprechender diätetischer, suggestiver usw. Behandlung. Man soll nur nach genau festgestellter Indikation zur Operation schreiten. Meist werden nur solche Fälle zur Operation kommen, welche auch ohne das Bestehen der Psychose ein chirurgisches Eingreifen erfordern würden, und auch hier wird man, wenn möglich, die Operation bis nach Heilung der Psychose verschieben. Die Einleitung der künstlichen Entbindung wird auch zuweilen nötig sein.

Straup, H., Über angiospastische Gangrän (*Raynaud*sche Krankheit.) Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, Heft 1.

St. bringt hier zwei Fälle der genannten Krankheit, den einen mit Sektionsbefund. Er schlägt vor, da die Gangrän kaum jemals streng symmetrisch auftritt, nicht von symmetrischer Gangrän, sondern von angiospastischer Gangrän zu reden. Die Gangrän ist die letzte Konsequenz des Nahrungsmangels der Gewebe infolge der spastischen Ischämie oder der spastischen Cyanose. Die *Raynaud*sche Krankheit ist eine reine Angioneurose, die bald als selbständiges Leiden, bald auf der Basis anderweitiger Erkrankungen des Nervensystems sich entwickelt.

Weber, L. W., Über akute tötlich verlaufende Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XVI. Ergänzungsheft.

Die Mehrzahl der akut einsetzenden und nach kurzer Krankheitsdauer tödlich endenden Psychosen pflegt man mit dem Sammelnamen Delirium acutum zu bezeichnen. Ein Teil derselben gehört der foudroyanten Form der Paralyse an. Das Delirium acutum ist gekennzeichnet durch Unorientiertheit, Inkohärenz mit Halluzinationen und Jaktation und Temperatursteigerung, wozu noch schwere körperliche Erschöpfungssymptome kommen. Es kommt aber auch zu ganz anders gearteten Symptomenkomplexen bei solchen akut einsetzenden und rasch tödlich verlaufenden Psychosen. Hierfür bringt *W.* fünf Fälle seiner Praxis.

Digitized by Google

Der hier in Betracht kommende Symptomenkomplex setzt sich zusammen aus schwerer, häufig mit Angst verbundener Depression bei erhaltener äußerer Orientiertheit, primärer assoziativer und psychomotorischer Hemmung, während Halluzinationen und Wahnideen meist fehlen. Daneben können katatonische Symptome auftreten. Fieber fehlt bis zu der letzten, agonal verlaufenden Wendung. Dies klinische Bild findet sich als akutes Stadium organischer funktioneller Geistesstörungen verschieder Art. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergibt ähnliche Befunde wie bei Delirium acutum und bei anderen akuten Gehirnprozessen.

Kölpin, O., Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 39, Heft 1.

Verf. bespricht unter Zugrundelegung von 18 Krankengeschichten, alle mehr oder weniger Depressionszustände darstellend, die Differentialdiagnose zu den übrigen Psychosen, Angstpsychose, Katatonie, Hysterie usw. Es gibt die mannigfachsten Variationen und Übergänge. Es muß betont werden, daß es innerhalb des Rahmens des manisch-depressiven Irreseins im Sinne *Kraepelins* auch rein melancholische und rein manische einfache und periodische resp. rezidivierende Formen gibt. Als typisch für die depressiven Zustände des Rückbildungsalters, besonders des Seniums, werden wir die Formen mit dem Symptomenkomplex der Angstpsychose anzusehen haben. Doch kommt das Krankheitsbild der Angstpsychose auch früher schon zur Beobachtung, sowie auch auf alkoholischer und epileptischer Basis. Ferner ist es wichtig, die Möglichkeit einer weitgehenden Beteiligung der Motilität bei melancholischen Zuständen zu betonen, weil man leicht in Verführung geraten kann, in solchen Fällen das Bestehen einer Katatonie anzunehmen.

Bechtold, C., Über einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung. Münch. med. Wochenschr. No. 37.

Der 45jährige Weißbinder, der bereits früher mehrfach an Bleikolik gelitten, erkrankt an spastischer Spinalparalyse. Trophische und sensible Störungen fehlen vollständig. Babinskisches Phänomen deutlich auslösbar. Der Kranke hatte zu gleicher Zeit die typischen Symptome einer chronischen Bleivergiftung. Keine Heredität, Lues nicht nachweisbar. Nach mehreren Monaten nahezu genesen.

Grober, J., Diabetes insipidus mit cerebralen Herdsymptomen. Münch. med. Wochenschr. No. 37.

Der 32jährige Kranke leidet an linksseitiger Facialis- und Abducensparese und Oculomotoriuslähmung und an Diabetes insipidus. Lues nicht nachweisbar, luetische Behandlung ohne Erfolg. 3/4 Jahr vor der Erkrankung Sturz auf den Kopf, danach Typhus. Die Augenmuskellähmungen blieben stationär.

Digitized by Google

Quensel, F., Neue Erfahrungen über Geistesstörungen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Juli—August.

Verf. weist von neuem auf die erschreckende Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den Vulkanisierbetrieben hin. Er bringt hier fünf neue Fälle bei, von denen einer letal verlief. Bei letzterem, der unter dem Bilde des Delirium acutum verlief, fand sich eine schwere diffuse Affektion der Großhirnrinde und ausgedehnte Veränderungen der Zellen im gesamten Zentralnervensystem. —

Der Schwefelkohlenstoff kann demnach die geistige Gesundheit schädigen. Es kommt einmal zu einfachen Psychosen, kurzdauernden Erregungszuständen, oder, zum Teil mit solchen gemischt, zu drepressiven Seelenstörungen mit wechselnder Beteiligung fast aller psychischen Funktionen. Namentlich die letzteren können auch in mehr oder weniger langdauernde psychische Hemmungs- und Schwächezustände übergehen. Es kommt aber auch außerdem zu ausgesprochenen komplexen Psychosen. Charakteristisch für die ätiologische Bedeutung des Schwefelkohlenstoffes und von diagnostischem Werte sind: Die der Erkrankung vorausgehende Intoxikationszeit; das Auftreten mehr oder weniger schwerer akuter Intoxikationserscheinungen vor dem Ausbruch der Psychosen; das Vorhandensein einer Reihe somatischer und nervöser Störungen, wie man sie auch bei den Neurosen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung beobachtet.

Berger, H., Experimentelle Studien zur Pathogenese der Geisteskranheiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 15, Heft 1-2.

B. hat seine Experimente mit Injektion von Blut, Serum und Spinalflüssigkeit fortgesetzt. Er berichtet jetzt über seine Resultate mit intracerebralen Injektionen. Er kommt zu dem Ergebnis: Im Blutserum der an halluzinatorischer Verwirrtheit, zirkulärem Irreseins, Debilität, Melancholie und postluetischer Demenz leidenden Geisteskranken scheint eine für das Hundehirn toxische Substanz nicht nachweisbar. Im Serum der an Dementia praecox leidenden Geisteskranken findet sich oft eine spezifisch auf die kortikomotrischen Zentren wirkende Substanz.

Zunächst bleibt die Frage offen, ob die toxischen Substanzen im Blute bei der Dementia praecox primärer oder sekundärer Natur sind.

Knecht, E., Zur Kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems nach Kohlenoxydvergiftung. Deutsche med. Wochenschr. No. 34.

Ein 30jähriger Zimmermann, der längere Zeit in einem Raume mit drei Koksöfen gearbeitet hatte, wird bewußtlos. Als er erwacht, besteht vollständige rechtsseitige Lähmung und motorische Aphasie. Das Bein wurde wieder

Digitized by Google

brauchbar, Aphasie und Lähmung des Armes blieben bestehen. Vor Jahren hatte der Betreffende eine leichte Infektion überstanden. —

Im zweiten Fall handelt es sich um eine 56jährige Frau, die in den letzten Jahren nach einen Schädeltrauma an selten auftretenden Ohnmachtsanfällen litt. Bei einer Kohlenoxydvergiftung wurde ihr Mann tot, sie selbst bewußtlos aufgefunden. Fünf Tage nachher bestand eine kurz vorübergehende Aphasie. Dabei eine Parese der ganzen rechten Körperhälfte. Schmerzempfindlichkeit überall rechts, der stereognostische Sinn in den rechten Fingern gestört, Berührungsgefühl im Arm herabgesetzt. Nach längerer Zeit schwanden die meisten Krankheitssymptome. —

Für beide Fälle nimmt *K.* einen Erkrankungsherd hämorrhagischer oder encephalomalagischer Natur in der linken Großhirnhemisphäre an, in der Gegend des Fußes der vorderen Zentralwindung.

Muthmann, A., Über das Isopral, ein neues Hypnotikum. Münch. med. Wochenschr. No. 32.

Das Isopral wurde in der Baseler Klinik in alkoholisch-wässriger Lösung, in Pulver- und Pastillenform und als Stuhlzäpfchen zu 1—2 g verabreicht. Die Erfolge waren meistens gut, namentlich bei den depressiven Zuständen.

Die Pulsfrequenz sinkt, dabei wird der Puls voller; dasselbe kann man in bezug auf die Zahl der Atemzüge beobachten. Bei heftigen Affekten und bei Schlafmittelsüchtigen ist der Effekt problematisch. Die katatonischen Erregungszustände erwiesen sich auch dem Isopral gegenüber als die am schwersten beeinflußbaren. *M.* hält 1 g für die Normaldosis. Schwere Herzschwäche ist Kontraindikation. Isopral ist mehr Hypnotikum als Sedativum.

Meyer, E., Korsakowscher Symptomenkomplex nach Gehirnerschütterung. Neurol. Centralbl. No. 15.

Bei dem 32jährigen Mann, der kein Trinker war, stellte sich nach einem schweren Kopftrauma (wahrscheinlich Basisfraktur) ein mehrtägiges Koma ein, an das sich direkt ein Zustand von Erregung und Unorientiertheit anschloß mit hochgradiger Störung des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit und Neigung zu Konfabulation. Für den Unfall bestand Amnesie. Erst nach mehreren Monaten Zurücktreten der psychischen Krankheitserscheinungen, doch keine völlige Wiederherstellung. Zwei epileptische Anfälle.

Becker, Über Versuche mit Neuronal. Psych.-Neurol. Wochenschrift, No. 18.

Die mit 50 Frauen der Irrenanstalt Grafenberg vorgenommenen Versuche mit Neuronal sprechen dafür, daß das neue Hypnotikum für einfache Schlaf-

Digitized by Google

losigkeit, für Erregungszustände leichteren und mittleren Grades zu empfehlen ist. Bei starken Erregungszuständen versagte es. Ebenso bei durch Schmerzen bedingter Schlaflosigkeit. Üble Nebenwirkungen traten nicht zutage.

Alzheimer, Das Delirium alcoholicum febrile Magnans. Centralbl. f. Nervenheil. u. Psych., No. 174.

A. berichtet über drei kräftige Männer, im Alter von 30 bis 40 Jahren, lange Zeit dem Trunke ergeben, die an Delirium alcoh. erkranken mit Fieber zwischen 39,4 und 41,8°, ohne sonstige Komplikationen. Der Tod trat bei denselben in 5 bis 14 Stunden nach Beginn der ersten deliranten Erscheinungen ein. Bei der Sektion fanden sich Veränderungen nichtentzündlicher Art im Gehirn, die übrigen Körperorgane, abgesehen von alkoholischen Veränderungen, gesund. Demnach dürfte es ein Delirium alhoholicum febrile geben.

Ganter, R., Untersuchungen auf Degenerationszeichen bei 251 geisteskranken Männern. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38.

Auf *G.*s Untersuchungen, die er in der Prov. Irrenanstalt in Münster i. W. gemacht hat, sei hier nur kurz aufmerksam gemacht. Sehr ausführlich sind seine Mitteilungen über das Verhalten der Iris nach Farbe, Punkten und Flecken auf derselben usw. Punkte und Flecke sind Entwicklungshemmungen, also Degenerationszeichen. Sie finden sich am meisten bei Imbezillität und Epilepsie. Form- und Stellungsanomalien bei55%, Abnormitäten der Mundorgane in 71,7%, vielfach auch ohne weitere Anomalien des ganzen Skelettes. Die meisten Skelettanomalien fanden sich wieder bei Imbezillität und Epilepsie. Abweichungen in der Behaarung in 185 Fällen usw.

Steyerthal, A., und *Solger, B.*, Über Torticollis spasmodicus. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38.

Verf. beschäftigen sich hier mit dem Caput obstipum nur insoweit, als es Folge von Krampf im Muskelbereich des N. accessorius ist, und als die Krämpfe spasmodisch, d. h. anfallsweise, stoßweise, mithin in Form des Klonus auftraten, nicht mit der dauernden Schiefstellung des Kopfes. Man findet das Leiden zuerst bei *Theophilus Boretus* (1682) erwähnt. Nach weiteren literarischen Mitteilungen bringen Verf. ihre drei Fälle von T. spasmodicus, die drei Glieder einer Familie betreffen, eine Mutter und ihre zwei Söhne. In allen drei Fällen ist vorwiegend der M. sternocleidomastoideus befallen, bei der Mutter und einem Sohn der linke, bei dem andern Sohn der rechte Muskel. Auf die Frage der Erblichkeit gehen Verf. nicht ein. Handelt es sich um eine Art von Nachahmungstrieb? Hysterie war auszuschließen. Verf. raten, bei weiteren Forschungen über den Torticollis nicht nur Nerven und Muskeln zu untersuchen, bei welch letzteren die kurzen Muskeln zwischen den Drehwirbeln und dem Hinterhaupt, der Transverso-

Digitized by Google

spinalis, die M. longissimus cap., splenius cap., trapezius, sternocln., besonders in Betracht kommen, sondern auch auf die Articulatio epistrophica-atlantica und die Art. vertebralis zu achten.

Siefert, Über funktionelle Hemiathetose. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38.

Ein bisher nervös gesunder Schuhmacher fühlt zunächst eine rasche Ermüdbarkeit der rechten Hand bei Gebrauch von Hammer und Ahle, dann ein Gefühl von Kälte und Taubheit, zunächst der Radialseite von Unterarm und Hand, dann der ganzen Hand. Später Schmerzen in der Hohlhand und Ungeschicklichkeit beim Arbeiten, Kribbeln in beiden Beinen, unwillkürliche Bewegungen in den Fingern der rechten Hand, die im Schlaf schwanden. Bei der Untersuchung fand sich die grobe Kraft des Handgelenkes herabgesetzt, athetoseartige Bewegungen sämtlicher Finger, die Zielbewegungen atakisch. Berührungsempfindlichkeit stellenweise gestört. Elektrisch nichts Besonderes. Thalamusaffektion? Inunktionskur. Nach einigen Tagen plötzlich Sensibilitätsstörungen der rechten Hand; völlige Anästhesie und Analgesie. Nach mehreren hypnotischen Sitzungen rasche Besserung, nach einigen Wochen völlige Genesung. Hysterie!

Graves, W., Über Lückenbildung zwischen den einzelnen Zähnen, ein frühdiagnostisches und bisher wenig bekanntes Zeichen der Akromegalie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 16.

G. macht durch drei eigene hier beigebrachte Beobachtungen auf die Lücken aufmerksam, die man bei Akromegalie häufig im Unterkiefer zwischen den Schneidezähnen und zwischen diesen und den Eckzähnen findet. Sie sind Folge von Progenei und treten sehr früh auf, später allmählich zunehmend. Wie *G.* beweist, sind sie diagnostisch wichtig schon zur Zeit, wo die Akromegalie an den Extremitäten noch nicht deutlich sichtbar ist.

Diehl, Der Kopfschmerz beim manisch-depressiven Irresein. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 15.

Unter Beibringung von zwei ausführlichen Krankengeschichten macht *D.* darauf aufmerksam, daß mitunter Leute die Nervenärzte konsultieren wegen monatelang anhaltendem, angeblich sehr heftigem Kopfschmerz, Eingenommenheit des Kopfes, Arbeitsunlust und dergl., wo dann die ausführlich erhobene Anamnese keinen Zweifel läßt, daß die Betreffenden an manisch-depressivem Irresein leiden. Namentlich die depressive Phase des letzteren verläuft unter den genannten Symptomen. Natürlich wird ohne Kenntnis der Anamnese dann die Therapie oft eine falsche und erfolglose.

Digitized by Google

Mann, L., Zur Symptomatologie des Kleinhirns (Über cerebellare Hemiataxie und ihre Entstehung). Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 15.

Der 21jährige Kranke zeigte ausgesprochene linksseitige Hemiataxie ohne alle Sensibilitätsstörungen. Die Reflexe gesteigert. Auf der kranken Seite Babinski und Muskelatrophie. Hemianopsie nicht nachweisbar. Die Diagnose auf Tumor der linken Kleinhirnhemisphäre bestätigte die Operation nicht, führt aber zur baldigen Sektion, welche einen apfelsinengroßen Tumor des linken Occipitallappens mit Druck auf die linke Kleinhirnhemisphäre zutage fördert.

Steinbiß, W., Über einen seltenen Fall transitorischer Bewußtseinsstörung. Arch. f. Kriminalanthr. u. Kriminalstatistik. Bd. 15.

Ein 28jähriger, bisher körperlich und geistig gesunder, dem Alkohol nicht ergebener Krankenpfleger verläßt abends eilig sein Bett und die Anstalt, wobei er die diversen Türen sorgfältig wieder abschließt, um erst am nächsten Vormittag mit durchnäßter Kleidung zurückzukehren. Seine erste Frage ist, ob ein gewisser Kranker wieder zurück sei; er habe ihn entweichen sehen und sei ihm deshalb nachgelaufen. Plötzlich habe er ihn aus den Augen verloren und zugleich gemerkt, daß er in einem Sumpf bis zum Halse stak! Da er die Spur verloren, sei er zurückgekehrt. In Wirklichkeit war niemand entwichen. Einzelheiten über seine nächtliche Wanderung konnte der Pfleger nicht angeben. Die vorstehende Bewußtseinsstörung wurde vor vier Jahren bemerkt; der Pfleger hat weder vorher noch nachher Ähnliches erlebt. *St.* rechnet das Vorkommnis zu der mit dem Namen Schlafwandel, Schlafwachen usw. bezeichneten Gruppe von Bewußtseinsstörungen.

Rieder Pascha, Für die Türkei. Selbstgelebtes und Gewolltes. Gustav Fischer, Jena. 1903 u. 1904.

*R.*s bisher in zwei Bänden erschienener, überaus lesenswerter Bericht über seine Erlebnisse als Generalinspektor der Kaiserl. ottom. Medizinschulen und Direktor des Krankenhauses Gülhane enthält nur wenige Notizen über die dortige Nervenklinik. *R.* sah bei Mohammedanern mit luetischer Infektion nie Tabes; bei ihnen fehlt auch der üble Einfluß des Alkohols. Man findet dort mehr Hysteriker als Epileptiker. *R.* will durch Behandlung nach *Flechsig* bei zwei Drittel der Fälle Besserung der Epilepsie bemerkt haben. Geisteskrankeiten sind seltener als in Europa, nur sind periodisches Irresein und Manie häufiger. Die größte Zahl der beobachteten Fälle zeigt akuten Beginn mit Neigung zu Tobsucht. *R.* sah drei Fälle von Paralyse ohne luetische Infektion infolge von geistiger Überanstrengung; sie gingen in vier bis fünf Jahren zugrunde.

Curschmann, H., Über posttraumatische Meningitis. Deutsche med. Wochenschr. No. 29.

Die Kranke zieht sich durch Fall auf den Hinterkopf eine Commotio cerebri et Med. spinalis zu mit längerer Bewußtlosigkeit und mehrtägigem Erbrechen. Keine Basisfraktur. Zwei Tage nach dem Unfall heftige Katarrhe und typische Erscheinungen von Influenza. Sehr rasch entwickelte sich nun das ausgesprochene Bild einer Meningitis, bei dem Symptome der spinalen vorherrschten, die der Konvexitätsbeteiligung auch angedeutet sind, die der basalen aber ganz fehlen. Bei der Lumbalpunktion kamen Influenzabazillen zum Vorschein. *C.* erklärt sich die Krankheit durch eine hämatogene Infektion in die Hirnhäute im Anschluß an das Trauma.

Brauer, Eine Graviditätstoxinose des Zentralnervensystems. Münch. mediz. Wochenschrift, No. 26.

Es handelt sich um eine Multipara (16 Geburten), bei der die beiden letzten Schwangerschaften, abgesehen von gewissen psychischen Erscheinungen, mit mehr oder weniger kompletter Lähmung der rechten, weniger der linken Extremitäten verliefen. Bei der letzten Schwangerschaft waren schließlich sämtliche willkürlichen Muskeln abwärts des Halses gelähmt. Gehirnnerven nicht alteriert. Nach dem Partus rasche vollständige Genesung. *B.* findet die Ursache für die Erkrankung in einer toxischen Myelitis, abhängig von Stoffwechselvorgängen der Schwangerschaft. Ähnliches trifft ja auch zu für die während der Gravidität auftretende Neuritis multiplex, Chorea gravidarum, Schwangerschaftspsychosen usw.

Siebert, Über die hypnotische Wirkung des Neuronal. Psych.-Neurol. Wochenschr., No. 12.

Verf. berichtet über Versuche mit dem von *Fuchs*-Biebrich und *E. Schultz*-Bonn neu eingeführten Schlafmittel Neuronal aus der Bonner Psychiatrischen Klinik. Die Resultate sprachen bisher sehr für das Mittel. Es erzeugte in vielen Fällen in Dosen von 0,5—1,0 g bei leichter, von 1,5—2,0 g bei schwerer Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen guten Schlaf, bisher ohne besondere üblen Nebenwirkungen.

Wertheimber, Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei der Meningitis. Münch. med. Wochenschr., No. 23.

Der dreijährige Knabe erkrankte im Anschluß an Bronchitis und Pneumonie an Meningitis mit hochgradiger Papillitis. Verf. entleerte durch 14 Punktionen 560 ccm hellseröse, bakterienfreie Flüssigkeit. Das Kind genas. *W.* empfiehlt die Lumbalpunktion namentlich für die kindlichen

Digitized by Google

Meningitiden, die sich an Pneumonie oder andere akute Erkrankungen anschließen, wo man also eine bakterienfreie seröse Meningitis erwarten darf. Er rät zur Punktion zu schreiten, sobald die Allgemeinsymptome, namentlich aber der Augenbefund einen vorhandenen Hirndruck erkennen lassen. Man punktiere bis der Hirndruck geschwunden ist.

Heß, Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. April.

Im ersten Fall handelt es sich um einen Kranken, der nach etwa zwei Minuten abgeschnitten wurde. Amnesie für den Suicidversuch und Taubheit für zwei Tage nachher. Die beiden anderen Fälle betreffen Kopftrauma. In einem Fall fährt ein Radler gegen einen Türpfosten, verletzt sich die Kopfhaut und ist bewußtlos. Er hat dann eine Amnesie für die letzte halbe Stunde vor dem Unfall. Im zweiten Fall wird eine Frau beim Passieren der Eisenbahngleise durch eine Lokomotive vom Wagen geschleudert. Kontusionen des Kopfes mit Bewußtseinsverlust. Ebenfalls retrograde Amnesie für eine halbe Stunde. *H.* glaubt, daß nach Kopftrauma häufig eine Amnesie da ist; man achtet nur nicht darauf.

Jolowicz, Über Veronal. Deutsche mediz. Wochenschr. No. 22.

J. hat unter anderem auch bei nervösen Zuständen, Del. tremens, progressiver Paralyse usw., Versuche mit Veronal gemacht, und ist durchweg zufrieden mit seinen Resultaten. Dosen von 0,5 g genügen meist. Üble Nebenwirkungen wurden nicht bemerkt. Delirium tremens konnte auch mit 1,5 g nicht verhindert werden.

Gerhartz, Beitrag zur Phosphorbehandlung gewisser Krampfformen der Kinder. Therapie der Gegenwart. Heft 5.

Bei einem 1½jährigen, an essentieller Kinderlähmung mit Konvulsionen epileptischer oder eklamptischer Art leidenden Kinde sah *G.* völlige Genesung nach Verabreichung von Phosphor in Form von Protylin.

Knapp, Ein Fall von motorischer und sensorischer Aphasie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. No. 1.

Bei der 48jährigen Kranken entwickelt sich im Laufe von 14 Monaten das schwere Gehirnleiden. Es beginnt plötzlich mit Taubheit des rechten Armes und Beines, ohne Bewußtseinsstörung, ohne Ohnmacht. Die Krankheit entwickelt sich dann allmählich weiter. Schließlich bestand fast vollständiger Verlust der Sprache und der Fähigkeit, Gesprochenes zu verstehen. Es bildet sich eine motorische und sensorische Aphasie aus, für deren vorwiegend transkortikalen Charakter das verhältnismäßig gut erhaltene Nachsprechen beweisend ist. Beiderseits Neuritis optica. Degenerative Atrophie,

Digitized by Google

erst der rechten, dann der linken Kleinfingerballenmuskeln und der Interossei primi rechts und schließlich der Muskulatur der rechten Oberlippe. Es fand sich später ein erbsengroßer Herd in der linken Ponshälfte im Bereich der Pyramidenbahnen, ein 5 cm langer, sagittal im Dach des linken Seitenventrikels verlaufender Herd, und ein Herd im Mark des Stirnhirns.

Gross, Über Bewußtseinszerfall. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. No. 1.

Ausgehend von der Sejunktionshypothese *Wernickes*, mit Hinweis auf *Ed. v. Hartmanns* Ober- und Unterbewußtsein und die Lehre von den Bewußtseinsspaltungen, schlägt Verf. vor, da die Dementia praecox die einzige Krankheit sei, bei der der Bewußtseinszerfall zusammentrifft mit der Tendenz zu chronischer Verblödung, dieselbe lieber Dementia sejunctiva zu taufen.

Pfersdorff, Über symptomatische Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. No. 1.

An der Hand von drei Krankengeschichten — es handelt sich um manisch-depressives Irresein — sucht *P.* die Rolle zu zeigen, welche die Zwangsvorstellungen im Verlaufe der Psychosen spielen.

Schott, Klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Manie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. No. 1.

Unter Beifügung von vier Krankengeschichten (Männer von 59—71 Jahren) glaubt *Sch.* das Vorhandensein einer chronischen Manie als einer besonderen Demenzform anerkennen zu müssen; doch ist sie selten. Sie entsteht vorwiegend auf dem Boden erblicher Belastung und konstitutioneller Veranlagung. Sie ist charakterisiert durch den manischen Symptomenkomplex in milderer Form als bei der akuten Manie und gekennzeichnet durch eine verhältnismäßig geringe Schädigung der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Schulkenntnisse und der geistigen Regsamkeit, während eine ethische Degeneration sowie eine Urteilsschwäche und Kritiklosigkeit vorherrschend, in bezug auf die eigene Person und Leistungsfähigkeit ziemlich erhebliche Grade erreichen können.

Veraguth, Zur Therapie des *Menière*schen Schwindels. Münch. mediz. Wochenschr. No. 20.

Unter Beibringung von zwei Krankengeschichten zeigt Verf., daß unter Umständen die galvanische Applikation eine wesentliche Besserung oder Beseitigung des Schwindels herbeiführt.

Digitized by Google

Doernberger, Pneumonie, Meningismus und Aphasie. Münch. med. Wochenschr. No. 19.

Ein $3^1/_2$jähriger Knabe verliert im Verlaufe einer schweren, wandernden Bronchopneumonie völlig die Sprache mit Pupillenstarre, Nackensteifigkeit, Verlust der Patellarreflexe und klonischen Zuckungen der linken Extremitäten und Verzerrung des linken Mundwinkels nach oben. Schlucken unbehindert. Nach neun Tagen reagieren die Pupillen wieder, nach elf Tagen werden einige kurze Silben gesprochen, dann kehrt allmählich die Sprache zurück. Sie blieb aber noch längere Zeit verlangsamt. Die Aphasie ist als motorische oder ataktische zu betrachten.

Kalberlah, Über die akute Kommotionspsychose, zugleich ein Beitrag zur Ätiologie des *Korsakow*schen Symptomenkomplex. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 38, Heft 2.

Das anatomische Substrat der Commotio cerebri besteht in einer diffusen Gehirnalteration, einer ausgedehnten Veränderung der Gefäße und, es sei dahingestellt, ob primär oder sekundär bedingt, der nervösen und gliösen Elemente mit vorwiegender Beteiligung der Rinde. Die eigentlichen, für das Auftreten der geistigen Störungen spezifischen Veränderungen sind bisher nicht bekannt. — Die unmittelbar und zeitlich untrennbar nach der Gehirnerschütterung resp. dem auf dieselbe folgenden Koma auftretenden akuten geistigen Störungen bilden ätiologisch und klinisch eine einheitliche Gruppe, die sich vorwiegend durch qualitativ und quantitativ mannigfaltige Störungen des Gedächtnisses charakterisieren und ihrer Ex- und Intensität nach sehr verschiedenartig zur Ausbildung kommen können. In leichten Fällen handelt es sich um Bewußtseinstrübungen mit Störung der Merkfähigkeit und infolgedessen späterer Amnesie. Ist die Psychose voll ausgebildet, so zeigt sie den *Korsakow*schen Symptomenkomplex.

Mai, Über gekreuzte Lähmung des Kältesinnes. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 38, Heft 1.

Der 60jährige Patient erleidet ohne Bewußtseinsverlust, nach kurz dauerndem einseitigen Kopfschmerz, einen apoplektiformen Insult mit folgenden Erscheinungen: Dissoziierte gekreuzte Anästhesie der Schmerz- und Kälteempfindung auf der linken Körperhälfte vom zweiten Intercostalraum bezw. der Spin. scapulae nach unten und der rechten Kopfhälfte, begrenzt durch die Medianlinie und die Linie Scheitel-Ohr-Oberlippe. Leichte Innervationsstörung der Schlundmuskulatur, der Kehlkopfmuskulatur, geringe Schwäche des Lidhebers, Enophthalmus. Links ist die Sensibilität nach oben vom zweiten Intercostalraum bezw. Spin. scapulae, rechts ist sie nach unten von der Linie Scheitel-Ohr-Oberlippe intakt. Die Berührungsempfindung, Drucksinn und Ortssinn sind überall ungestört. Die Wärmeempfindung ist anfangs

Digitized by Google

gleichfalls intakt, später besteht in den von der dissoziierten Anästhesie betroffenen Gebieten eine Hyperästhesie der Wärmeempfindung. Subjektive Symptome, von denen ein gesteigertes Wärmegefühl in den betroffenen Gegenden besonders hervorzuheben ist.

M. beweist dann, daß es sich um eine Läsion der spinalen V-Wurzel und ihres Kerns bezw. der sekundären V-Bahn handeln muß. Die Bahnen des Wärme- und Kältesinnes liegen wohl örtlich nahe im Tractus anterolateralis ascendens in der Med. oblongata zusammen; es muß jedoch für diese beiden Sinne eine getrennte zentrale Leitung vorhanden sein.

Raimann, Isopral. Die Heilkunde. Heft 3.

Die Versuche von *R.* sprechen im ganzen nicht für das neue Mittel. Die Dosis von 1 g erklärt er als Normaldosis. Bei unruhigen Kranken sah *R.* sehr wenig Erfolg. Bei ruhigen Geisteskranken und bei Nervenkranken höchstens in 50% einigermaßen Erfolg. Keine üblen Nebenwirkungen.

Schiffer, Veronal in der Kinderpraxis. Deutsche med. Wochenschr. No. 25.

Verf. hat das Veronal bei Meningitis, Tetanie mit Konvulsionen mit gutem Erfolg angewandt; doch dauerte der Schlaf meist nicht lange. Üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Wizel, Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einer Imbezillen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 38, Heft 1.

Das von Anfang an normal entwickelte Mädchen litt im siebenten Lebensjahre am Typhus mit organischen Gehirnveränderungen; es machte dann lange Zeit den Eindruck einer Idiotin, hatte epileptische Anfälle. Später entwickelte es sich dann etwas mehr, lernte aber nie lesen und schreiben. Sie litt dann später an Verfolgungsideen mit Erregungszuständen. In ihrer früheren Krankheit hatte man ihr immer kleine Geldmünzen geschenkt, die sie sammelte, in gleiche Häufchen verteilte u. dgl. Bei der Aufnahme in die Anstalt, im 22. Lebensjahre, zeigte sie dann eine ungewöhnliche Fähigkeit zu rechnen und zu reimen. Dabei konnte sie keine Zahl lesen oder schreiben. Merkfähigkeit und Reproduktionsfähigkeit waren stark affiziert. Das Gedächtnis für Ziffern enorm ausgebildet. Die ungewöhnlichen Rechenfähigkeiten schildert *W.* ausführlich.

Stelzner, Ein atypischer Fall von Bulbärlähmung ohne anatomischen Befund. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 38, Heft 1.

Eine 35jährige Frau, im dritten Monat gravid, klagt seit zwei Jahren, d. h. seit der letzten Entbindung, über Schwäche in den Beinen. Sie er-

Digitized by Google

krankt jetzt fieberhaft mit vagen Schmerzen, wird verwirrt, erregt, und sehr bald ament. Retentio urinae. Zuckungen im Sternocleidomast. sin. Sprachstörungen bulbären Charakters. Augenbewegungen mühsam. Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen. Tastempfindung an den Extremitäten herabgesetzt. Herzaktion beschleunigt. Patientin blieb psychisch gestört. Die Krankheitserscheinungen nahmen dann rasch zu. Die Augenbewegungen wurden immer mehr erschwert. Schluckbeschwerden. Exitus let. vier Wochen nach Beginn der fieberhaften Erkrankung. Anatomisch nichts besonderes nachweisbar. Es fand sich nur eine starke Ausbreitung des Lipochroms in den Pyramidenzellen der Großhirnrinde, des Hypoglossuskerns und der grauen Vorderhörner.

Taniguchi, Ein Fall von Distomum-Erkrankung des Gehirns. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 38, Heft 1.

Der Distomum kommt in Japan häufig vor, namentlich ist der Parasit seßhaft in den Lungen. Er kommt in gewissen Gegenden endemisch vor. Die 17jährige Kranke von *T.* entwickelte sich als Kind normal, lernte gut. Keine Krämpfe oder dergleichen. Mit 16 Jahren plötzliches Auftreten von Konvulsionen ausgesprochen kortikaler Natur mit Parese des linken Armes und Beines, und choreatischen Bewegungen. Später stellten sich linkerseits Spasmen und Kontraktionen ein. Exitus schon nach Jahresfrist im Anschluß an einen langen Anfall von Konvulsionen. Es fanden sich entzündliche Erweichungsherde im Marklager der rechten Großhirnhemisphäre in der Nähe der Rinde. Eier der Distomum pulmonal. wurden in diesen Herden in Menge nachgewiesen.

Federschmidt, Ein Beitrag zur Kasuistik der Schädelverletzungen. Münch. med. Wochenschr. No. 11.

Einem elfjährigen Knaben schlägt eine herabfallende Eisenstange im rechten Seitenwandbein, etwa 1 cm nach rechts von der Sagittalnaht und ca. 3 cm hinter der Coronarnaht im Schädel eine ca. 0,5 cm im Durchmesser betragende kreisrunde Öffnung. Die Folge war eine Lähmung des linken Armes und Beines. Keine Spur von Benommenheit; Sprache intakt. Die Lähmung des Armes schwand später, das Bein war noch lange nachher paretisch.

Hellwig, Zur Serumtherapie des Tetanus. Deutsche mediz. Wochenschrift No. 7.

Es handelt sich um zwei Fälle von Tetanus; der erste, sehr schwere Fall war traumatischer Natur. *H.* glaubt die Heilung in beiden Fällen nur dem *Behring*schen Antitoxin zuschreiben zu müssen.

Digitized by Google

Tourneau, Drei Fälle von Tetanus. Deutsche mediz. Wochenschr. No. 10.

Die drei Fälle aus der Göttinger Klinik verliefen in wenigen Tagen letal; in zwei Fällen davon wurde Antitoxin angewandt. *T.* zieht aus seinen Beobachtungen und aus der Literatur den Schluß, daß bei ausgebrochenem Tetanus die Anwendung des Antitoxin keinen Einfluß zugunsten der Heilung ausübt.

Schmidt, Georg, Schrotschuß und Wundstarrkrampf. Deutsche med. Wochenschr. No. 9.

Zwei Fälle von anscheinend unbedeutender Verletzung der Hand durch Schrotschuß. Tetanus. Trotz baldiger Anwendung von Antitoxin trat sehr rasch der Tod ein.

Diehl, Über die *Raynaud*sche Krankheit. Centralbl. f. Neurol. u. Psych. No. 169.

D. bringt hier drei neue Fälle dieser interessanten Krankheit, bei denen er mit elektrischer Behandlung gute Erfolge erzielte.

Bachauer, Über Stauungspapille nach Schädelkontusion. Deutsche med. Wochenschr. No. 9.

Nach einem Schädeltrauma ohne äußere Verletzung tritt im ersten Fall kurze Bewußtlosigkeit auf, retrograde Amnesie, wiederholtes Erbrechen, heftiger anhaltender Kopfschmerz, linksseitige Abduzenslähmung. Allmählich entwickelte sich dann eine hochgradige doppelseitige Stauungspapille, welche nach einem halben Jahre noch nicht völlig wieder geschwunden war. Auch Kopfschmerz und Schwindelgefühl bestanden noch fort.

In einem anderen Fall, wo der Kranke auf die Stirn fiel, nicht bewußtlos wurde, stellten sich am folgendem Tage Erbrechen, Schwindel und Kopfschmerz ein. Letzterer blieb dauernd. Die einige Wochen später vorgenommene Augenuntersuchung zeigte eine ausgesprochene rechtsseitige Stauungspapille. Noch nach fünf Jahren bestanden Schwindel und Kopfschmerzen und deutlich verwaschene Papillengrenzen auf dem rechtsseitigen Augenhintergrund.

Lunz, Zwei Fälle von Meningitis basilaris simplex. Deutsche med. Wochenschr. No. 2.

Es handelt sich um zwei kräftige Männer von 21 und 25 Jahren. Die Krankheit begann schnell; es entstand allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Obstipation, Pulsverlangsamung. Die psychische Tätigkeit war wenig behindert. In beiden Fällen trat Genesung ein.

Digitized by Google

v. *Hößlin*, Über zentrale Schwangerschaftslähmungen der Mütter. Münch. med. Wochenschr. No. 10.

Schwangerschaft führt nur selten zu hysterischen Anfällen und hysterischen Lähmungen. Myasthenia gravis entsteht häufiger während derselben, beide werden wohl in ätiologische Beziehung stehen. Apoplexien fallen fast ausnahmslos in die Zeit kurz vor der Entbindung, während derselben und während des Wochenbettes. Blutergüsse ins Gehirn intra partum sind meist außergewöhnlich groß. Die Schwangerschaftsapoplexien betreffen besonders die Zentralganglien, die Seitenventrikel und Capsul. int. Die Prognose der Apoplexien intra partum ist sehr infaust. Bei den albuminurischen Lähmungen sind die urämischen Zustände die Ursache. Diese Lähmungen verlaufen teils mit, teils ohne Gehirnblutung. Die Lähmung folgt meist nach ein oder mehreren eklamptischen Anfällen. Thrombosen der Gehirngefäße, die zu Lähmungen führen, entstehen infolge von puerperaler Infektion oder nach starken Metrorrhagien nach der Geburt. Die Lähmung entwickelt sich langsam, das Bewußtsein bleibt meist erhalten. Es handelt sich dabei immer um Hemiplegien, mitunter bei Konvulsionen. Die embolische Lähmung beginnt plötzlich. Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen hindern die Konzeption nicht, stören auch die Gradivität nicht, beeinflussen auch die Geburt nicht. *H.* behandelt dasselbe Thema ausführlich mit Beibringung vieler Krankengeschichten in Band 38 des Archivs für Psychiatrie und Nervenheilkunde 1904.

Merzbach, Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis. Monatsschr. für Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene. Heft 1.

Homosexuelle sind unheilbar. Homosexuellen und den zur Homosexualität hinneigenden Bisexuellen ist die Ehe zu verbieten. Die Kinder solcher Ehen werden wiederum Homosexuelle oder doch degenerierte Individuen. Die Ehe zwischen einem homosexuellen Mann und einer gleichveranlagten Frau mit Ausschluß jeden Anspruchs auf Geschlechtsverkehr ist zulässig und verläuft fast stets harmonisch und in ihrer Art glücklich. Homosexuelle sind psychisch feiner organisierte Menschen als Heterosexuelle, stehen zum Teil auf höherer geistiger Stufe. Auch bei den Geschlechtsakten Homosexueller sollen nur Anwendung von Gewalt und Akte mit Minderjährigen unter Strafe gestellt werden.

White, W. A., Hallucinations. The journ. of nerv. & ment. disease. November.

W. bekämpft die bisherigen Theorien der Halluzinationen und motiviert folgende Behauptungen: Halluzinationen sind falsche Wahrnehmungen. Um eine falsche Wahrnehmung zu haben, muß etwas Wahrnehmbares da sein, dies „etwas" ist außen und kann als ein Faktor in das psychische Leben

Digitized by Google

nur durch Vermittelung von Empfindungen eintreten. Vorstellungen können nicht wahrgenommen werden. Halluzinationen sind sekundäre Empfindungen, die entweder im gleichen sensorischen Felde entstehen, und dann als Illusionen im Sinne *Esquirols* gelten können, oder in anderen sensorischen Feldern, dann liegt ihr sekundärer Charakter auf der Hand. Der psychische Zustand ist bei Illusionen und Halluzinationen identisch, die Fälschung der sinnlichen Wahrnehmungen beruht auf zentraler Störung. Zur Erläuterung seiner Anschauungen zieht W. das Traumleben und die praktische Erfahrung heran, daß er in keinem Falle von Halluzinationen einen peripherischen pathologischen Prozeß vermißt hat. *Matusch.*

Weir Mitchell, The evolution of the rect treatment. The journ. of nerv. & ment. disease. June.

M. gibt einen Überblick über die Ausdehnung der Ruhebehandlung, die er zuerst vor 40 Jahren bei Tabes und nervöser Erschöpfung erprobte und deren Einführung lange Zeit dem heftigsten Widerstande der ärztlichen Welt begegnete. *Matusch.*

Coriat, J. H., Reduplicative Paramnesia. The journ. of nerv. & ment. disease. September & October.

C. beschreibt sehr eingehend zwei Fälle von reduplikativer Amnesie (*Pick*) bei Alkoholikern. Zur Erklärung nimmt *C.* an, daß das Gedächtnis statt normalerweise eine kontinuierliche Reihe von Erlebnissen zu sein, hier durch Episoden unterbrochen sei, in denen es aus dem Felde des Bewußtseins in das Unterbewußtsein gesunken sei. Es fehlt deshalb der „sense of fusion" (*James*) der Begebenheiten. Infolge der Unfähigkeit die Lücke zu überbrücken, stellt sich Paramnesie ein, bei welcher die Eindrücke unmittelbar hinter der Lücke als neue empfunden werden.

Zur Erklärung der Reduplikation reicht allerdings dies nicht aus, man muß noch eine Störung des „sense of familiarity", des Wiedererkennens, annehmen.

Versinkt ein bestimmtes Ereignis in diese Lücke, so besteht dafür Amnesie, trennt aber die Lücke eine Reihe zusammengehöriger Ereignisse, so tritt Reduplikation ein; von dem Kranken selbst wird die Lücke nicht wahrgenommen. *Matusch.*

Spiller, W. S., and *Camp, C. D.*, Multiple sclerosis with a report of two additional cases, with necropsy. The journ. of nerv. & ment. disease. July.

Die behauptete Seltenheit der Krankheit in Amerika veranlaßte die Veröffentlichung der beiden Fälle. *Matusch.*

Digitized by Google

Burnet, Veronal, a short account of its therapeutic action. with cases. The journ. of nerv. & ment. disease. December.

B. hat in Fällen von nervöser und durch Neuralgien und Entzündungen veranlaßter Schlaflosigkeit von Veronal gute Wirkung gesehen. *Matusch.*

Jelliffe, S. E., Multiple sclerosis, its accurrence and etiology. The journ. of nerv. & ment. disease. July.

Von rund 32000 Fällen von Nerven- und Geisteskranken des klinischen Materials ließen 109 die Diagnose auf multiple Sklerose zu, noch nicht $^1/_3$% gegen $1^1/_3$—3% ähnlicher Zusammenstellungen in Europa. Weitere statistische Ergebnisse sind: die Krankheit betraf 68 Männer, 41 Frauen. Nur 47 Kranke waren geborene Amerikaner, 12 davon Kinder von Nichtamerikanern. Beginn vor dem 10. Lebensjahre in 9 Fällen (3 M., 6 F.), im 10.—20. Jahre 8 (5 + 3), im 20.—30. Jahre 21 (14 + 7), im 30.—40 Jahre 27 (18 + 9), im 40.—50 Jahre 20 (13 + 7), im 50.—60. Jahre 19 (12 + 7), nach dem 60. Jahre 1 M. Der Beruf war sichtlich ohne Belang, Heredität fand sich bei 31. Ätiologisch kam in Betracht Infektionskrankheit in 55 Fällen, in 5 davon Malaria, in 2 Syphilis; Trauma und Gifte waren unwesentlich.

Matusch.

Maison, P., An account of the care of the insane in Belgium and particularly those in the colony of Gheel. The journ. of nerv. & ment. disease. September.

Lobende Beschreibung von Gheel. *Matusch.*

Whitman, R., Remarks on the surgical treatment of obstetrical paralysis. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

W. empfiehlt die Entbindungslähmungen mit Massage und passiven Bewegungen zu beginnen, sobald es die Schmerzhaftigkeit gestattet, auch die Fälle mit entwickelten Kontrakturen können durch systematische Bewegungen jedes Gelenkes wesentlich gebessert werden. In allen Fällen besteht gewöhnlich Subluxation des Schultergelenkes, deren Beseitigung der Behandlung vorangehen muß. Eine Operationsmethode wird beschrieben und einige Behandlungserfolge beschrieben und abgebildet. *Matusch.*

Stevens, J. W., Manic depressive insanity, with a report of a typical case. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

St. gibt in enger Anlehnung an *Kraepelin* einen Umriß des Krankheitsbildes und eine ausführliche Krankheitsgeschichte. *Matusch.*

Digitized by Google

Pickett, W., Senile dementia, a clinical study of two hundred cases with particular regard to types of the disease. The journ. of nerv. & ment. disease. February.

Von 269 Aufnahmen über 60 Jahre in einem bestimmten Zeitraum gehören 69 anderen Formen, 200 der senilen Demenz an. Von diesen waren 143 als einfache Verworrenheit, 17 als Manie, 14 als Melancholie, 26 als paranoid zu bezeichnen. Das Kniephänomen fehlt in diesen vier Kategorien in 29 %, 25 %, 10 %, 20 %; erbliche Belastung war vorhanden in 43 %, 44 %, 57 %, 67 %. Das Lebensalter erschien für diese verschiedenen Formen ohne Belang. *Matusch.*

Knapp, The reflexes in long distance runners, a study of the influence of fatigue upen certain reflexes. The journ. of nerv. & ment. disease. February.

Untersucht wurde vor und nach dem Rennen Kniephänomen, Achillessehnen-, Periost- und Fußsohlenreflex. Die Ergebnisse sind in Tabellen zusammengestellt, auf die verwiesen werden muß, verzeichnet doch K. beim Kniephänomen sieben Abstufungen. Sicher war ein vermindernder Einfluß der Ermüdung nachweisbar: in 27 Fällen war das Kniephänomen geringer als vorher, in drei Fällen erloschen. Ähnlich verhielten sich die übrigen Reflexe, nur der Fußsohlenreflex war in der Mehrzahl erhöht. *Babinski*-Reflex fand sich niemals. *Matusch.*

Zeuner, A case of alexia. The journ. of ner. & ment. disease February.

63jähriger Mann — früher Rheumatismus, Anfälle von Dyspnoe — bemerkte ein bis zwei Tage nach einem der Anfälle, daß er nicht lesen konnte. Das Schreiben war ungestört, ebenso Sprache bis auf gelegentliches Verwechseln von Namen. Er konnte die meisten Buchstaben, auch Worte von zwei Buchstaben richtig lesen, das große Alphabet besser als das kleine, las einstellige Zahlen richtig mit konstanter Verwechselung einiger, konnte richtig schriftlich rechnen, abgesehen von der Verwechselung einzelner Zahlen, verbesserte sich aber selbst. Es bestand rechtsseitige Hemianopsie. *Matusch.*

Wherry, J. W., Limiting the term „insanity“. The alienist & neurologist. May.

Verf. widmet viel Fleiß und Scharfsinn der unfruchtbaren Aufgabe, die Bezeichnung Geisteskrankheit auf die geistigen Zustände beschränkt zu sehen, deren Grundlage die Wahnidee ist. *Matusch.*

Digitized by Google

Knapp, Ph. C., Bony sensibility. The journ. of nerv. & ment. disease. January.

K. verwendet zur Prüfung 5—6 C-Stimmgabeln von 32 bis 2048 Schwingungen, normal ist C^2 mit 512 Schwingungen die obere Grenze der Wahrscheinlichkeit, Wahrnehmung von C^3 deutet bereits auf Überempfindlichkeit. Die Knochenempfindung scheine eine selbständige Form der Sensibilität zu sein, die nicht notwendig mit den anderen Empfindungsqualitäten verbunden sei. Sie könne u. a. bei Tabes geschwunden sein bei erhaltener Tastempfindung; bei syphilitischer Spinalparalyse war sie zugleich mit dem Lage- und Muskelgefühl stark vermindert, während Tast- und Schmerzsinn nahezu intakt waren. In einem Fall von Parese des rechten Beines nach Schädelfraktur war sie mit Tast- und Schmerzsinn normal, während die Empfindung von Lage, Bewegung und Lokalisation vermindert war. Ihr Verhalten sei von Bedeutung für das Zustandekommen von Arthropathien und Spontanfrakturen bei Tabes und Syringomyelie. *Matusch.*

Pick, On contrary actions. The journ. of nerv. & ment. disease. January.

Ein 27jähriger Tscheche zeigte nach voraufgehendem kurzen Depressionszustande die Erscheinung, statt der richtigen Antwort oder Handlung die entgegengesetzte zu geben, seine Redeweise war auch im übrigen vielfach sinnwidrig und ausweichend und seine Bewegungen voll stereotyper Sonderbarkeiten. Als Erklärung wiederholte er oft, es sei die kaiserliche Sprache. Der Zustand war zur Zeit der Entlassung, nach sechs Wochen, wenig verändert. Für die Deutung, für die weder Hysterie und Katatonie bezw. Negativismus noch Halluzinationen oder Zwang in Betracht kämen, zieht *P.* nach Besprechung einschlägiger Fälle die Untersuchungen *Sherringtons* heran, die gleichzeitig mit einer gewollten Bewegung verknüpfte Hemmung der Antagonisten kann bei Störungen der Beziehungen zwischen Impuls und Hemmung zur Kontrasthandlung führen. *Matusch.*

Zabriskie, Studies on the periosteal perception of vibrations. (New York neurological society). The journ. of nerv. & ment. disease. February.

Z. prüfte drei Gruppen: Läsionen zentralen Ursprungs, peripher-nervösen Ursprungs und Knochen- bezw. Gelenkerkrankungen. Zu sicheren Resultaten ist er nicht gelangt, in der ersten Gruppe schien die Knochenempfindung gewöhnlich stärker beeinträchtigt als die Empfindung der Bedeckung, war aber auch unbeteiligt bei starken Sensibilitätsstörungen der Hand. Bei Ischias fand er in einigen Fällen das Vibrationsgefühl intakt bei ausgeprägter Verminderung der cutanen Empfindung. Der Verlust des Vibrationsgefühls bei Gelenkerkrankungen scheint von der Zerstörung der Knochen abhängig zu sein.
Matusch.

Digitized

Dana, Chr. L., and *Fraenkel, J.*, A case of aphasia with loss of memory of nouns (sensory anomia). The journ. of nerv. & ment. disease. January.

Der Kranke — Russe mit sehr geringer Schulbildung — bot folgende Form von Aphasie: Spontansprechen und Antworten unverändert, wiederholt richtig, kopiert richtig, kann Dinge, die er sieht, fühlt, schmeckt, riecht und hört, nicht benennen, hilft sich aber durch Umschreibungen, versteht Geschriebenes und Gesprochenes, liest richtig laut. Tod an syphilitischer Trombose der Papillarmuskeln. Zehn Zentimeter langer kortikaler Erweichungsherd im hinteren Drittel der ersten Temporalwindung links, ferner ein gut erbsengroßer subkortikaler Erweichungsherd in der dritten Schläfenwindung und kleinere Herde in der Spitze des Stirnhirns. Die Erörterung des Befundes schließen Verf. damit, daß es ein besonderes Namenzentrum nicht gebe, daß aber in der ersten und zweiten Schläfenwindung eine wichtige Station in dem sensorischen Mechanismus für die Bezeichnung von Konkreten liege, die als Zentrum für sensorische Anomie angesehen werden könne. *Matusch.*

Hart, Stuart, Paralysis agitans, some clinical observations based on the study of 219 cases. The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Das Verhältnis der Geschlechter war 7 M zu 4 F, jüngstes Erkrankungsalter 22 Jahre, auf die Dekade zwischen 50 und 60 Jahren kamen 40% der Fälle, zwischen 40 und 50 Jahren 25%, zwischen 60 und 70 Jahren 20%. Beruf und Familienstand waren ohne, Heredität von geringem Einfluß. Unter den Ursachen sind Gemütsbewegungen in 40 Fällen, Trauma in 31, Überanstrengung in 14, Erkältung und akute Krankheiten in 11 bezw. in 12 Alkohol in 7 Fällen, genannt, Ursache unbezeichnet in 87 Fällen. Syphilitische Infektion wurde in zwei Fällen angegeben. Von den Hauptsymptomen ist Beginn, Sitz und Ausdehnungdes Tremors ausführlich behandelt, er fehlte in vier Fällen, in der Mehrzahl der Fälle begann er in einer Hand, rechts und links in gleicher Zahl, nächsthäufig im Arm, selten in Fuß, Bein und Kopf. Diplegischer und hemiplegischer Typus war in annähernd gleicher Zahl vertreten. Rigidität mit Tremor fand sich in 142 Fällen, viermal ohne Tremor, letzterer ohne Rigidität 65 mal, Kontrakturen in 28 Fällen, Neigung zu fallen bestand in 105 Fällen, in zwei Drittel davon als Propulsion. Die Prüfung der tiefen Reflexe ergab nichts Charakteristisches. Unter den Parästhesien, die in 120 Fällen auftraten, meist in geringem Grade und mit wechselndem Sitz, war Gefühl von Hitze häufiger als Gefühl von Kälte, auch Schmerz bestand selten und mäßig. Hyperhydrosis wiesen 57 Fälle auf, Bezeichnung ihres Sitzes zum Tremor war nicht nachweisbar. 30 Kranke hatten eine Pulszahl über 100, einer mit Struma. Bei der Besprechung der Therapie wird Scopolamin und Dyboisin gelobt. *Matusch.*

Digitized by Google

6. Paralyse und syphilitische Psychosen.

Ref.: Schlüter-Gehlsheim.

Bayerthal-Worms, Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis. Münch. med. Wochenschr. No. 3.

Starr hält das Gumma für die häufigste Form des Hirntumors bei Erwachsenen und will operativ eingreifen, wenn nach 3 Monaten auf Quecksilber und Jod noch keine Besserung eingetreten ist. *v. Friedländer* und *Schlesinger* betonen als Indikation besonders das Fortbestehen der *Jackson*schen Epilepsie trotz antiluetischer Behandlung nach Schwinden der anderen Tumorerscheinungen. *B.* will in diesem Falle nur operieren, wenn die Anfälle mit besonderer Heftigkeit auftreten und das Leben bedrohen oder wenigsten den Lebensgenuß hochgradig beeinträchtigen. Mißerfolge auf Grund von Fehldiagnosen sind leider nicht selten, wie dem Verf. der Fall eines 34jährigen Mannes gezeigt hat, bei welchem die Trepanation an unrichtiger Stelle ausgeführt wurde, und der Tod durch Collaps eintrat. Die Sektion ergab eine zirkumskripte Meningoencephalitis 1 cm von der Trepanationsöffnung entfernt. Ein solcher Irrtum ist begreiflich, da *Jackson*sche Epilepsie nicht nur bei Erkrankungen der Zentralwindungen vorkommt, sondern auch bei solchen des Stirnhirns und der hinter der motorischen Region gelegenen Teile. Wenn daher außer den *Jackson*schen Anfällen keine Anhaltspunkte für die Lokalisation vorhanden sind, so empfiehlt sich die Hemikraniotomie, die aber als eine sehr eingreifende Operation nur in den dringendsten Fälle anzuwenden sein dürfte.

Fischer-Stuttgart, Über hochgradige generelle Störung der Merkfähigkeit bei beginnender Paralyse. Münch. med. Wochenschr. No. 4.

Schon im Anfange der Paralyse pflegt sich erfahrungsgemäß eine Abnahme der Merkfähigkeit geltend zu machen. Eine generelle Störung derselben aber hat Verf. nur zweimal unter 200 Fällen auffinden können. Der erste Fall betraf einen 56jährigen Arzt, der seit etwa 6 Monaten vor der Aufnahme in die Anstalt nach einem Anfall von „akuter Neurasthenie" (jedenfalls paralytischer Anfall) außerstande war, irgend ein Ereignis der Gegenwart im Gedächtnisse festzuhalten, während die Erinnerung für die frühere Zeit durchaus ungestört war. Da sonst keine verdächtigen Symptome vorhanden waren, so konnte zunächst keine bestimmte Diagnose gestellt werden, bis hernach Lähmungserscheinungen und Schwindel- und Krampfanfälle eine Paralyse erkennen ließen. — Beim zweiten Kranken, einem 46jährigen Kaufmann, waren schon mehrere Ohnmachtsanfälle sowie vorübergehende Störungen der Motilität und Sprache dem Verluste der Merkfähigkeit voraus-

Digitized by Google

gegangen. Auffälligerweise spielte dieser Patient vorzüglich Karten und konnte auch, ebenso wie der erste Kranke, ausgezeichnet kopfrechnen. Sonst aber waren alle Ereignisse sofort vergessen, falls die Erinnerung nicht etwa bei einem Gespräche durch fortwährende assoziative Anregung wach gehalten wurde.

Kufs, Beitrag zur Syphilis des Gehirns und der Hypophysis und zur Differentialdiagnose zwischen der Tuberkulose und Syphilis des Zentralnervensystems. Arch. f. Psych. Bd. 39.

Bei einer 47jährigen Frau konnte neben Lebersyphilis auch Hirnlues klinisch diagnostiziert werden, was nur selten möglich ist. Die Sektion ergab mehrere Tumoren im Gehirn von der Beschaffenheit der Granulationsgeschwülste. Die Hypophysis war vergrößert und in eine grauweiße, zum Teil verkäste Geschwulstmasse verwandelt. Die Tumoren glichen so sehr Solitärtuberkeln, daß es fast nur mit Rücksicht auf die zweifellose Lebersyphilis möglich war, die Diagnose zu stellen. Besonders erwähnenswert ist die gummöse Erkrankung der Hypophysis wegen ihrer Seltenheit. Außerdem fanden sich im Gehirn noch ausgedehnte herdförmige Veränderungen, die als Residuen einer Meningoencephalis gummosa aufzufassen waren. — Psychiatrisch bot die Kranke ganz das Bild der dementen Form der Paralyse, welche bei Lebzeiten auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Rentsch, Über zwei Fälle von Dementia paralytica mit Hirnsyphilis (Pseudoparalysis syphilitica nach Jolly). Arch. f. Psych. Bd. 39.

Mit Pseudoparalyse will Jolly solche Fälle bezeichnen, welche im klinischen Verlaufe durchaus das Bild der Paralyse, bei der Sektion aber neben den gewöhnlichen paralytischen noch spezifisch syphilitische Veränderungen zeigen. Der erste von *R.* beobachtete Fall betraf einen 42jährigen Arbeiter, welcher nach zweijähriger Krankheit starb, ohne erkennbare Symptome von Lues geboten zu haben. Die Sektion ergab eine Arteriitis gummosa eines Teils der Arteria vertebralis, der Basilaris und der beiden Cerebrales anteriores, verbunden mit Endarteriitis. — Der zweite Patient (37jähriger Schachtmeister) starb schon nach $1^1/_2$ Jahren. Bei ihm fand sich ein Gumma zwischen Chiasma und Carotis interna, daneben geringfügige Endarteriitis.

Hagelstamm, Über Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwickelungsalter. Aus der Poliklinik für Nervenkrankheiten des Herrn Prof. *Oppenheim* in Berlin. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 26.

Die im jugendlichen Alter auftretende Paralyse ist relativ häufig mit Tabes kombiniert (nach *Alzheimer* in 31,8%), reine Tabes ist selten, kommt

Digitized by Google

aber zweifellos vor. Beide Krankheiten sind meist auf hereditäre Lues zurückzuführen. Das weibliche Geschlecht wird mindestens eben so oft befallen als das männliche; unter den von *H.* gesammelten Fällen waren sogar doppelt so viel Frauen (26 : 13). Auffallend häufig läßt sich erbliche Belastung nachweisen, besonders mit Tabes, Paralyse oder Gehirnlues (mehr als 25 %). Die ersten Krankheitserscheinungen treten meist um die Zeit der Pubertätsentwicklung hervor, bisweilen jedoch auch viel früher. Das gemeinsame ätiologische Moment der Lues gibt vielen Fällen ein eigenartiges Gepräge: langsamer Verlauf mit geringem Hervortreten der sensiblen und motorischen Erscheinungen.

Abraham-Dalldorf, Über einige seltene Zustandsbilder bei progressiver Paralyse: Apraxie, transkortikale-sensorische Aphasie, sensorisch-motorische Asymbolie. Allgem. Zeischr. f. Psych. Bd. 61.

A. führt vier Paralytiker auf, bei welchen eine vorübergehende oder dauernde Unfähigkeit bestand, mündlichen Aufforderungen nachzukommen. Der erste war apraktisch, d. h. er vermochte Aufträge nicht auszuführen, obgleich er sie verstand. Der zweite und dritte Kranke verstanden die Aufträge nicht, konnten ihnen daher auch nicht nachkommen; der vierte endlich vermochte weder zu verstehen, noch auszuführen. In den drei ersten Fällen war die Störung nach Anfällen entstanden, im vierten ganz allmählich ohne plötzliche Nachschübe. Einen makroskopischen Befund nimmt Verf. nicht an, was sich bei dem letzten Kranken, der kurz nach Abschluß der Arbeit starb, auch bestätigt fand, da die Sektion nur eine starke Atrophie des Gehirns ergab.

Pilez, Beiträge zur Lehre von der progressiven Paralyse. Aus der psychiatr. Universitätsklinik in Wien. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, Heft 1.

Angeregt durch die anderweitig bereits angestellten Untersuchungen der nicht nervösen Organe bei Paralytikern, hat Verf. die Sektionsprotokolle der Wiener Klinik durchgesehen und in den letzten zehn Jahren 896 Paralysen (685 M. und 211 Fr.) gefunden. Bei diesen fanden sich: Atheromatose der Aorta in 280, braune Atrophie des Herzens in 59, einfache Atrophie in 227, fettige Degeneration des Herzmuskels in 104, Fettherz in 70, Klappenfehler in 53, Myodegeneration in 51 Fällen; bei der Leber: braune Atrophie in 33, einfache Atrophie in 235 und fettige Degeneration in 60 Fällen; bei den Nieren: arteriosklerotische Schrumpfniere 19 mal, einfache Atrophie 225 mal und fettige Degeneration 46 mal. Die Milz war in 227 Fällen einfach atrophisch. An Tuberkulose waren gestorben 10,38 % der Paralytiker und 25,9 % der anderen Geisteskranken; berücksichtigt man lediglich die im Alter von

Digitized by Google

35—55 Jahren Gestorbenen, so steigt die letztere Ziffer sogar auf 34,08%. Ausgeheilte Tuberkulose fand sich bei Paralytikern in 7,39%, bei anderen Geisteskrankheiten nur in 1,79%, eine Differenz, welche Verf. im Hinblick auf die immer wahrscheinlicher werdende „paralytische Dyskrasie" besonders hervorhebt. — Er kommt zu dem Resultate, daß die Erkrankungen innerer Organe bei Paralytikern zu häufig seien, als daß man sie für zufällige Komplikationen halten könnte. Sie müssen vielmehr als Ausdruck einer schweren Allgemeinerkrankung aufgefaßt werden, koordiniert dem pathologischen Befunde im Zentralnervensystem.

Eisath, Frühform der Dementia paralytica. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 16.

Verf. berichtet über einen Fall von Paralyse bei einem jungen Mädchen, welches mit 23 Jahren erkrankte und nach etwa 2½ Jahren starb. Die Diagnose war außerordentlich schwierig, weil von Lues durchaus nichts vorlag und das Krankheitsbild sehr wenig charakteristisch war. Erst reichlich zwei Jahre nach Beginn traten Pupillenstörungen als erstes körperliches Symptom auf und blieben auch das einzige, bis wenige Tage vor dem Tode auftretende schwere Krampfanfälle die Diagnose wahrscheinlicher machten. Psychisch bestand zunächst im wesentlichen das Bild eines manisch-depressiven Irreseins, später das einer Dementia praecox mit einer längeren, ausgesprochenen katatonischen Phase. Eine volle Klärung erhielt der Fall erst durch den Sektionsbefund, welcher makroskopisch und mikroskopisch das Bild einer Paralyse zeigte.

Foerster-Breslau, Ein Fall von Dementia paralytica nach Typhus abdominalis mit Ausgang in vollkommene Heilung. — Aus der Poliklinik für Nervenkrankheiten an der Universität Breslau. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 16.

Ein 42jähriger, früher stets gesunder Feuerwehrmann erkrankte gleichzeitig mit Frau und vier Kindern unter den Erscheinungen eines Typhus abdominalis mit schweren Gehirnerscheinungen und abnormem Verlauf (unregelmäßiges Fieber, Blutbrechen usw.). Erst nach drei Monaten konnte er das Bett verlassen, fiel aber auf durch Interesselosigkeit, Vergeßlichkeit und Nachlässigkeit in der Kleidung. Bei Aufnahme in die psychiatrische Klinik auch Sprachstörung, Störungen im Gebiet verschiedener Hirnnerven, Schreibstörung und schwere Intelligenzdefekte, so daß an der Diagnose Paralyse kein Zweifel bestand. Fünf Monate nach Beginn der psychischen Symptome allmähliches Schwinden aller krankhaften Erscheinungen, noch vier Monate später volle Genesung, die sich bereits drei Jahre erhalten hat. — Das Krankheitsbild der Paralyse ist im vorliegenden Falle dadurch zustande gekommen, daß das typhöse Virus dieselben Teile des Zentralnervensystems ergriffen

Digitized by Google

hat, die bei der echten Paralyse beteiligt sind; daraus erklärt sich auch der günstige Verlauf.

Bumke, Zur Pathogenese der paralytischen Anfälle. Zugleich ein Beitrag zur Anatomie der Pyramidenbahn. Aus der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. B. Neurol. Centralblatt 1904.

Eine 42jährige Frau, deren Mann an progressiver Paralyse gestorben war, wurde im Dezember 1902 als paralytisch in die Klinik aufgenommen, nachdem sie seit zwei Jahren krank gewesen war. Sie zeigte außer charakteristischen Erscheinungen der Paralyse noch eine spätsyphilitische Schleimhauterkrankung der Zunge. Im Februar 1903 traten linksseitige Krämpfe auf im Gesicht, Arm und Bein, mit völlig freiem Sensorium, die allmählich zu spastischer Parese und endlich zu völliger Lähmung führten. Zuletzt zeigten sich noch Krämpfe lediglich in der rechten Körperhälfte; am 15. Mai starb Patientin. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Als anatomische Grundlage der halbseitigen Krämpfe war eine Degeneration der motorischen Rindenfasern anzusehen, ausgehend von den primär erkrankten Ganglienzellen. Der frische Zerfall einzelner Fasern der linken Zentralregion war als Ursache der zuletzt aufgetretenen rechtsseitigen Krämpfe nachzuweisen. — *B.* gelangt auf Grund der mikroskopischen Untersuchung des Falles (*Marchi*-Methode) in Übereinstimmung mit anderen Autoren zu der Annahme, daß zwei corticobulbäre Bahnen vorkommen, die aber weder stets gleichmäßig erkranken, noch bei jedem Individuum ausgebildet zu sein brauchen. Es ist nach seiner Ansicht sehr wohl möglich, ja wahrscheinlich, daß die Unregelmäßigkeiten im Auftreten der Pyramidenbahnen als Beweis anzusehen sind dafür, daß die Pyramidenbahn sich beim Menschen noch auf dem Wege phylogenetischer Veränderung befindet.

Marc, Über das familiäre Auftreten der progressiven Paralyse. Aus der königlichen psychiatrischen Klinik in Würzburg. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 61.

M. berichtet zunächst von einer Familie, in welcher in vier Generationen 9 Fälle von Paralyse vorkamen (7 Männer und 2 Frauen). Allerdings wurden von diesen Kranken nur zwei klinisch beobachtet, doch waren die Angaben über die andern so beweisend, daß auch bei ihnen kaum ein Zweifel über die Diagnose bestehen konnte. Für Lues war bei allen nicht der geringste Anhalt, überhaupt waren keine ätiologischen Momente nachweisbar. — Bei einer anderen Familie fanden sich in drei Generationen vier Paralytiker und in einer dritten waren Bruder und Schwester erkrankt.

Verf. glaubt, daß man in diesen Fällen an die Möglichkeit einer rein endogenen Entstehung der Paralyse denken müsse. Ob diese endogene Form sich nach Verlauf und pathologischem Befund als besondere Gruppe abzweigen lasse, sei bei ihrem seltenen Auftreten nicht zu entscheiden.

Digitized by Google

Bayerthal, Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis. Münch. med. Wochenschr. No. 3.

B. will bei *Jackson*scher Epilepsie nur zur Operation schreiten, wenn die Anfälle besonders stark und häufig einsetzen, dadurch das Leben bedrohen oder den Lebensgenuß in hohem Maße beeinträchtigen. Bei Lues vorher Versuch mit Schmierkur oder dergleichen. Letztere hatte im Fall von *B.*, einem 34jährigen Kranken, der seit 1½ Jahren an Anfällen litt, keinen Erfolg. Schließlich Status epilepticus. Die Symptome sprachen für eine Herderkrankung in der präzentralen Region der Hirnrinde, Beteiligung des Stirnhirnes und der angrenzenden motorischen Bahnen. Linker Arm und linkes Bein waren paretisch. Bei Eröffnung des Schädels fand sich die Dura an der genannten Stelle nicht verändert! Die Anfälle blieben nach der Operation aus, es trat bald Prolaps von Gehirn ein und der Kranke starb nach einigen Tagen im Kollaps. Die Obduktion ergab eine zirkumskripte gummöse Meningoencephalitis mit Schwartenbildung am Pole des rechten Stirnhirns. — Die *Jackson*sche Epilepsie kommt auch bei Herden des Stirnlappens vor, kann auch vorkommen, wenn der Reiz von einer hinter der motorischen Region gelegenen, ihr benachbarten Rindenpartie einwirkt. Die Gegend der Zentralwindungen und des Stirnlappens sind eine Prädilektionsstelle für die zirkumskripte Lues der Hirnkonvexität. *Umpfenbach.*

Raecke, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Psych.- neurol. Wochenschr. No. 43.

R. hat für die Tübinger Klinik in 57% bei Paralyse sicher, in 21% wahrscheinlich Lues zusammengerechnet. Für Lues als ätiologisches Moment spricht ferner das Vorkommen von konjugaler Paralyse. Die Städter und Berufsarten mit größerer Gelegenheit zu syphilitischer Infektion erkranken wesentlich häufiger an Paralyse. Bei den Kranken der Tübinger Klinik litten die Bauern nur in 1% an Paralyse gegen 9% der übrigen Menschheit. Der Ausbruch der Paralyse ist gewöhnlich 10—15 Jahre post infectionem. Der ächte paralytische Krankheitsprozeß ist kein spezifisch luetischer. Darum hat auch eine spezifische Behandlung keinen Wert. Bisher ist übrigens die einzige wirkliche Stütze der Lehre von der luetischen Grundlage der Dementia paralytica nur die Statistik. Erbliche Belastung fand *R.* in 32%. Andere Ursachen, außer der Syphilis, kommen kaum in Betracht. Die Syphilis muß man daher bekämpfen, wenn man die Paralyse bekämpfen will.

Umpfenbach.

Gaupp, Die Prognose der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. No. 4 u. 5.

G. berechnet nach dem Heidelberger Krankenmaterial für die chronisch-demente Form der Paralyse eine durchschnittliche Krankheitsdauer von etwas

Digitized by Google

über 2½ Jahren, für die klassische expansive 2½ Jahr. Etwas langsamer verlaufen die Fälle mit zirkulärem Typus, viel rascher die akute agitierte und die depressive Form. Eine Dauer über sechs Jahre ist selten, das Maximum war zehn Jahre. *G.* hält die Paralyse für eine metasyphilitische Erkrankung. Einen Unterschied in der Dauer findet *G.* zwischen der syphilitischen und nichtsyphilitischen Paralyse nicht. Prognostisch ungünstig ist das Auftreten schwerer Sprachstörungen, starker spastisch-paretischer Symptome. Die juvenile Form verläuft unter dem Bild einer chronisch-progressiven Demenz langsam, aber stetig progressiv. Die Durchschnittsdauer ist 4½ Jahre. Die senile Paralyse verläuft auch langsam. Selten tritt zu einer ausgesprochenen Paralyse echte Tabes; meist führt die Paralyse zum Tode, bevor die Tabes sich stärker entwickelt. Am häufigsten tritt Hinterstrangserkrankung und Paralyse zeitlich ungefähr zusammen auf. Diese Form verläuft langsamer als die rein spastische Form. Zur Tabes kann auch eine eigenartige Verblödung hinzutreten von nichtparalytischem Charakter. Diese Form verläuft langsam. Heilungen von Paralyse scheinen vorzukommen, sind aber jedenfalls sehr selten. Vollständige Remissionen, auch mit Verschwinden der Pupillenstarre und Wiederkehr der Patellarreflexe, sind ebenfalls selten. Unvollständige Remissionen sind häufiger. Dabei schwinden entweder nur die psychischen Symptome, während die somatischen bleiben, — oder beiderlei Symptome gehen teilweise zurück. Die letztere Art ist die häufigere. Schwindet die Sprachstörung nicht, so ist die Remission nicht von langer Dauer. Ein Schwinden der somatischen Symptome ohne psychische Besserung kommt nicht vor. Zum Wesen der Remission gehört vor allem die Besserung der Demenz. Nicht 10% der Paralytiker zeigen Remissionen. Die Remission dauert durchnittlich 6—12 Monate. Je akuter die Paralyse einsetzt, desto besser sind die Aussichten. Je langsamer die Besserung, desto besser. Heilung und Remission treten vielfach nach schweren, fieberhaften körperlichen Leiden auf. Die progressive Paralyse kann höchstwahrscheinlich nicht stationär bleiben. *Umpfenbach.*

Fischer, Über hochgradige generelle Störung der Merkfähigkeit bei beginnender Paralyse. Münch. med. Wochenschr. No. 4 u. 5.

Zu den drei Tätigkeitsäußerungen des Gedächtnisses nach *Ribot* stellt *Wernicke* als vierte die Merkfähigkeit, d. h. die Fähigkeit der Persönlichkeit, sich etwas ins Gedächtnis einzuprägen. Eine absolute Aufhebung der Merkfähigkeit ist sehr schwer nachzuweisen. Meistens spricht man nur von Herabsetzung oder Störung derselben. Die Aufmerksamkeit ist imstande, die Merkfähigkeit zu beeinflussen. Die Aufmerksamkeit ist ein willkürlicher Akt. Auch der Affekt beeinflußt die Merkfähigkeit. „Steht bei intakter Aufmerksamkeit und bei normal erregbarem Gefühlsleben die Merkfähigkeit im groben Mißverhältnis zu der Bedeutung des zu merkenden Objektes, so ist dieselbe herabgesetzt. Bei Beginn der Paralyse leidet speziell

Digitized by Google

die Merkfähigkeit. Neue Eindrücke werden schlecht oder gar nicht mehr im Gedächtnis fixiert. Es entstehen keine Erinnerungsbilder mehr, können daher auch nicht reproduziert werden. Eine generelle Störung der Merkfähigkeit scheint im Anfangsstadium der Paralyse selten zu sein. Unter 200 Paralytiker, die *F.* in 23 Jahren beobachtete, nur in zwei Fällen, welche *F.* hier näher beschreibt. Bei beiden war die Aufmerksamkeit keineswegs mangelhaft; die Affekte waren nicht abgestumpft. In beiden Fällen setzten die Defekte der Merkfähigkeit nach einem paralytischen Anfall ein. Die Kranken konnten sich nichts mehr merken, während ihr Gedächtnis für frühere Zeiten noch gut war. Der Zustand machta im übrigen auf die Kranken wenig Eindruck, sie dachten offenbar über sich selbst nicht mehr nach, es bestand auch Merkunfähigkeit gegen innere Vorgänge. Daher auch keine eigne Initiative. Eine Unterhaltung war noch gut zu führen, doch durfte man dieselbe nicht unterbrechen; ein Wiederanknüpfen des einmal abgerissenen Fadens war nicht möglich. „Die momentane Bildung von Assoziationen ist also demnach keine Garantie für das dauernde Zustandekommen eines Erinnerungsbildes. Fehlt der hierzu nötige Hauptfaktor, die Merkfähigkeit, so tritt das Erinnerungsbild nur so lange auf, solange es durch äußere Anregung direkt oder assoziativ unterhalten wird." *Umpfenbach.*

---

7. Epilepsie und Hysterie.

Starr, Allen, Is epilepsy a functional disease? The journ. of nerv. & ment. disease. March.

Verf. verneint aus dem Nachweise der symptomatischen Ähnlichkeit des epileptischen Anfalls mit dem *Jackson*scher Epilepsie, aus den Zeichen mangelhafter Entwickelung des Gehirns und der ätiologischen Faktoren die Frage, ob Epilepsie eine funktionelle Krankheit sei. Epilepsie müsse als eine organische Gehirnerkrankung angesehen werden, die durch Mangel der Kontrolle über den Mechanismus der motorischen Kräfte charakterisiert sei. *Matusch.*

Halmi, Behandlung der Epilepsie ohne Brom. Psych.-neurol. Wochenschr. No. 18.

Verf. kann die zahlreichen Angaben der Literatur betr. die Unwirksamkeit und Gefährlichkeit der oligochlorosen Bromtherapie der Epilepsie nach *Toulouse-Richet* nur bestätigen. Er hat nun bei 23 Epileptikern das Brom ganz fortgelassen; bei 14 derselben stieg dann die Anzahl der Anfälle, während sie bei 9 sich wesentlich verringerte; bei einem Kranken sind die Anfälle jetzt schon 18 Monate ausgeblieben. Das psychische Befinden besserte sich bei allen 23 Kranken nach dem Aussetzen des Brom. Er will nur dann wurfweise Brom verabreichen, wenn man eine Serie von Anfällen zu erwarten

Digitized by Google

hat. Er erinnert daran, daß man auch ohne Bromtherapie mit Hilfe einer im Interesse des Kranken liebreich und verständnisvoll angewandten Suggestion in vielen Fällen die Anzahl der Anfälle und deren Intensität vermindern kann.
Umpfenbach.

Knapp, Ein Fall von Tastlähmung und *Jackson*scher Epilepsie und seine günstige Beeinflussung durch Entfernung von adenoiden Vegetationen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. April.

Der siebenjährige Knabe leidet an Lungenentzündung, dann monatelang an Keuchhusten, um dann plötzlich und ohne Vorboten eine Parese des linken Beines und Armes und eine Störung in der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand mit Anfällen von *Jackson*scher Epilepsie zu zeigen, welch letztere sich auf die linke Körperhälfte beschränkt. Nach zwei Monaten fand *K.* neben einer spastischen Parese des linken Armes und Beines und einer linksseitigen Steigerung sämtlicher Sehnenreflexe, eine Herabsetzung der Lageempfindung an den linken Fingergelenken und eine ausgesprochene Tastlähmung der linken Hand bei völlig normalem Verhalten der übrigen Sinnesqualitäten. Nach Entfernung von ausgedehnten adenoiden Wucherungen rasche Besserung und später Heilung. Wie *K.* sagt, muß es sich um einen Herd in der Nähe der Rinde gehandelt haben, dessen Natur unklar bleibt. Es könnte sich um ein Gliom handeln mit einer oder wiederholter Blutung, auch um einen Solitärtuberkel, welcher einen Gefäßbezirk abgesperrt hat. *K.* nimmt an, daß in dem Fall der durch die cerebrale Erkrankung alleingesetzte Reiz nicht intensiv genug war, um die Krämpfe auszulösen, wohl aber, als der durch Wucherungen bedingte Reiz hinzu trat. Daher dann die Besserung nach Entfernung der Vegetationen. *Umpfenbach.*

Curschmann, Über eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. No. 26.

Die Patientin hatte bereits drei normale Geburten und drei Aborte hinter sich. Während der siebenten Schwangerschaft, Ende des siebenten Monats, erkrankte sie plötzlich an nur minutenlang dauernden, plötzlich einsetzenden Zuckungen und tonischen Krämpfen der linken Gesichts- und Zungenmuskulatur mit Zungenbissen, bisweilen spontanem Urinabgang, mit Lichtstarre der Pupillen, aber ohne Bewußtseinsverlust und ohne Amnesie. Die Anfälle traten etwa alle zwei Tage auf, wurden nach dem Partus seltener, hörten einen Monat nachher völlig auf. Die darauf folgende Gravidität endete rasch durch Abort. In der dann folgenden Schwangerschaft traten mit Ende des siebenten Monats wiederum Krampfanfälle auf, wesentlich stärker und ausgedehnter als das vorige Mal. Die Anfälle zessierten bereits drei Wochen vor dem Partus, nach dem Auftreten einer fieberhaften erysipelatösen Dermatitis. *Umpfenbach.*

Digitized by Google

Engelhardt, Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen *Jackson*schen Epilepsie. Deutsche med. Wochenschr., No. 3.

Zwei Fälle von ächter traumatischer Spätepilepsie. Die Anfälle traten erst sieben bis acht Jahre nach dem Trauma auf. Der eine Fall wurde nach Operation dauernd geheilt; jetzt zwölf Jahre. Der andere Fall, nur vorübergehend gebessert, endete dann durch Selbstmord. In einem dritten Fall handelte es sich um *Jackson*sche Epilepsie durch Tumor. Der Kranke ist bisher, d. h. seit sieben Monaten nach der Operation, anscheinend geheilt.
Umpfenbach.

Lachmund, Über vereinzelt auftretende Halluzinationen bei Epileptikern. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 15.

An der Hand von drei Fällen bespricht *L.* die bei Epileptikern mitunter unabhängig von den Konvulsionen und Dämmerzuständen vorkommenden Sinnestäuschungen, die intervallär auftreten, ohne daß die Kriterien irgendwelcher Bewußtseinstrübung, d. h. Störung des allgemeinen Assoziationszusammenhanges nachzuweisen wären. Es handelt sich in den drei Fällen um ausgesprochene Epileptiker. Während dieser Sinnestäuschungen, die nicht brüsk einsetzten oder aufhörten, war die Orientierung vorhanden, nachher bestand keine Amnesie für die Zeit des Auftretens der Sinnestäuschungen. Auch bestanden keine somatischen Symptome, wie Störungen der Sensibilität, der Schleimhautreflexe, des Gesichtsfeldes. Der Zustand der betreffenden Kranken wäre demnach, abgesehen von den Sinnestäuschungen, ein ganz normaler zu nennen gewesen, wenn nicht die Krankheitseinsicht für die Halluzinationen gefehlt hätte. *Umpfenbach.*

Riven, P., Neuronal bei Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. No. 48.

R. hat das Neuronal in Wuhlgarten bei 80 epileptischen Frauen versucht und fand es als Beruhigungs- und Schlafmittel recht wirksam. Gaben von 1—2 g genügten meist, bei größeren Erregungszuständen 3—4 g pro die. Auf die Zahl der Anfälle scheint Neuronal keinens ichtbaren Einfluß auszuüben. Beim Status epilepticus konnte *R.* es nicht versuchen. *Umpfenbach.*

Raecke, Das Verhalten der Sprache in epileptischen Verwirrtheitszuständen. Münch. med. Wochenschr., No. 6.

An der Hand von drei Beobachtungen kommt *R.* zu folgendem Resultat: Um Fälle von epileptischer Verwirrtheit als solche zu erkennen, ist es ratsam, sorgfältig auf transitorische Behinderung des sprachlichen Ausdrucks zu fahnden. Namentlich da, wo Echolalie, Perseveration bis zum Grad der

Digitized by Google

Stereotypie und Verbigeration und Aphasieerscheinungen auftreten bei gleichzeitiger Benommenheit und zornig gereiztem Wesen, liegt allemal der Verdacht auf eine epileptische Grundlage der Psychose nahe. Der weitere Krankheitsverlauf entscheidet dann zwischen Paralyse und Epilepsie. Definitiv gesichert wird die diagnose Epilepsie erst durch den Nachweis epileptischer Antezendentien. *Umpfenbach.*

Szabó, Eine neue Methode der Epilepsiebehandlung. Psych.-neurol. Wochenschr. No. 39.

S. will durch Kombinierung der Brompräparate mit Roburantien und Stimulantien recht gute Erfolge, auch Heilungen erzielt haben. Zur besseren Illustrierung gibt er zwei Rezepte an, in welchen beiden Brom und Lig. ars. Fowleri und Vin. malagense [vorkommt neben anderen tonischen Mitteln, die eine Formel für vollblütigen, robusten und pastösen Habitus, die andere für magere, anänische, grazile und erethische Naturen. Er glaubt durch die angegliederten Arzneistoffe den Heileffekt der Bromide aufs höchste zu steigern. *Umpfenbach.*

Bernstein, A., Über delirante Asymbolie und epileptische Oligophasie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. November.

B. empfiehlt an der Hand von vier Krankengeschichten, etwas mehr auf Asymbolie zu achten. Man findet dieselbe sehr häufig. Bei hysterischen Dämmerzuständen scheint sie mit der Einengung des Gesichtsfeldes zusammenzuhängen. Bei den epileptischen Bewußtseinsstörungen bleibt sie leicht verborgen, und ist dies Verborgenbleiben dieser aphasischen Erscheinungen hierbei das wesentlichste klinische Unterscheidungsmerkmal gegenüber den organisch bedingten amnestischen Störungen der verbalen Sprache. Das Verborgenbleiben hängt mit der Oligophasie der Epileptiker zusammen. Diese für Epileptiker charakteristische Oligophasie ist nicht auf Ideenflucht zurückzuführen. *Umpfenbach.*

Clark, Pierce, A case of idiopathic epilepsy in a canary bird. The journ. of nerv. & ment. disease. August.

Cl. beschreibt epileptische Anfälle vom Charakter des grand mal und petit mal, öfter mit nachfolgender „Verwirrtheit" und Benommheit. Brom wirkte prompt, wurde aber schlecht vertragen. Für die mikroskopische Untersuchung war das Gehirn verunglückt, makroskopisch war der Befund negativ. *Matusch.*

Ganser, Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, Heft 1.

G. verteidigt seinen früheren Standpunkt gegen *Nissl*, daß das von ihm aufgestellte Krankheitsbild: Bewußtseinstrübung (nicht Einengung!), Vorbei-

Digitized by Google

reden, Sensibilitätsstörungen, Stirnschmerz, als hysterisch anzusprechen ist und nicht als katatonisch. Es ist nicht erwiesen, daß die Hysterie eine angeborene Krankheit ist und daß sie immer zur Entwicklung des hysterischen Charakters führt, wie *Kraepelin* behauptet. Nur die Anlage zur Hysterie ist angeboren und dauernd. Viele Menschen zeigen Störungen der Sensibilität und Schleimhautreflexe, ohne daß es bei ihnen zur Entwicklung des hysterischen Charakters kommt. Kommt es aber bei solchen Leuten zu körperlichen oder seelischen Krankheiten, so ist es erklärlich, daß man bald mehr, bald weniger hysterische Züge im Krankheitsbild beobachtet.

Umpfenbach.

Vorster, Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. No. 3.

Unter den fünf Fällen von *V.* befinden sich vier kriminelle. Daß es sich hierbei um hysterische Dämmerzustände und nicht um katatonische handelt, erkennt *V.* an den zahlreichen hysterischen Symptomen, die alle seine Fälle mehr oder weniger zeigen. In drei Fällen bestand eine konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, in zwei Fällen retragrade Amnesie, einmal für 7½ Monate. In einem Fall war ein Zustand von doppeltem Bewußtsein. Dem Vorbeireden kommt in differential-diagnostischer Beziehung bisher nur eine beschränkte Bedeutung zu. Charakteristisch für Hysterie in den Fällen ist die Abhängigkeit und Beeinflußbarkeit der einzelnen Krankheitserscheinungen und des ganzen Krankheitsverlaufes von Vorstellungen. Die Katatoniker lassen sich durch äußere Einflüsse nicht ändern. Die Prognose ist bei den hysterischen Zuständen wesentlich besser als bei den katatonischen.

Umpfenbach.

Weir Mitchell and *Spiller*, W., A case of uncomplicated hysteria in the male, lasting thirty years with post mortem examination. The journ. of nerv. & ment. disease. October.

Bei einem 33jährigen Uhrmacher waren nach allgemeinen neurasthenischen Vorboten Krämpfe im linken Arm aufgetreten, die von *M.* 1876 als funktionelle beschrieben wurden. Die Krämpfe bestanden in kontinuierlichen Violinspielbewegungen der Finger und rhythmisch schlagenden Bewegungen des Armes, die später kreisförmig wurden. Sie sistierten im Schlaf, nahmen bei aktiven Bewegungen zu, waren bei passiver Hemmung mit Hinterkopfschmerz verbunden und breiteten sich in späteren Jahren bei Hemmung auch auf andere Extremitäten aus. Der Patient hatte gewisse Kunstgriffe, durch die er die Krämpfe sistierte, und konnte dann die Hand zu feinen Bewegungen gebrauchen. Anfangs hatte suggestive Behandlung, die nach langer Übung gelang, Heilung für die Dauer eines Vierteljahres bewirkt, später war sie wie alle sonstige Behandlung nutzlos. Wohl aus einer hysterischen Marotte hatte der Patient seinen Körper nach seinem Tode *M.* zur Verfügung gestellt. Er

Digitized by Google

starb nach 30jährigem Bestehen der Krankheit an Herzleiden. Die genauere Sektion ergab einen durchaus negativen Befund. *Matusch.*

Flatau, Ein Fall von Skoliosis hysterica nach Trauma. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung No. 5.

Der Kranke trug eine schwere Last mit den Armen, als er plötzlich ein heftigen Schmerz im Rücken verspürte. Es hatte sich höchst wahrscheinlich um Muskelzerrung gehandelt. Die Schmerzen blieben dann, Patient wurde schließlich arbeitsunfähig. Nach zwei Jahren wurde eine ausgesprochene Kypho-Skoliosis konstatiert bei ausgesprochen hysterischem Allgemeinzustand mit hysterischen Anfällen usw. Kontraktion des einen Erector trunci deutlich nachweisbar. In Bauchlage glich sich die Skoliose aus. *Umpfenbach.*

8. Alkoholismus und toxische Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

Moskiewicz, Über die Beziehungen des Delirium tremens zur akuten Halluzinose der Trinker (*Wernicke*), akuten halluzinatorischen Paranoia (*Westphal*), zum akuten Wahnsinn der Trinker (Autoren). Inaugural-Dissertation. Leipzig.

An der Hand von 15 Krankheitsfällen der Breslauer städtischen Irrenanstalt zeigt *M.*, daß Delirium und akute Halluzinose nicht selten ein oder mehrere Male bei demselben Patienten auftreten, also sich nicht ausschließen und daß dabei öfter Deliriums tremens und Halluzinose nicht den normalen Verlauf nehmen, sondern durch Vermengung mit Symptomen der anderen Erkrankung atypisch werden.

Beide Krankheiten entstehen auf der Basis des chronischen Alkoholismus, sind aber in ihren Symptomen, ihrem Verlauf und den ihnen zugrunde liegenden Krankheitsprozessen völlig verschieden. Warum der chronische Alkoholismus das eine Mal ein Delirium tremens, das andere Mal eine Halluzinose hervorruft, läßt sich nach dem Stande unserer Kenntnisse noch nicht sagen, wir sind auf die Annahme angewiesen, daß der eine Mensch infolge seines Alkoholmißbrauches mehr zum Delirium, der andere mehr zur Halluzinose neigt und mit einer Änderung der allgemeinen Lebensbedingungen auch ein Wechsel der Disposition für die beiden Krankheiten eintreten kann. Die auf individuelle Veranlagung beruhende Verschiedenheit der Form des Denkens bei den einzelnen Menschen für das Zustandekommen der beiden Krankheiten (Denken in Wortklangbildern für Halluzinose, in Gesichtsbildern für Delirium) heranzuziehen, wie dies von *Bonhöffer* geschehen ist, läßt sich nicht durchführen.

Digitized by Google

Kutner, Zur Diagnostik des pathologischen Rausches (Störungen der Reflexe). Deutsche med. Wochenschr. No. 20, S. 1057.

Die Differentialdiagnose zwischen pathologischem und „normalem" Rausch ist nicht immer leicht. Die von *Gudden* bei akuter Alkoholvergiftung gefundene Pupillenreaktion kann als differentialdiagnostisches Symptom insofern dienen, als sie nach *Cramer* außer bei pathologischen Rauschzuständen nur bei schwerer „sinnloser Trunkenheit vorkommt und gerade der pathologische Rausch, bei dem die Lähmungserscheinungen des gewöhnlichen Rausches (Taumeln, Lallen) zurücktreten, den Laien als verhältnismäßig leichte Betrunkenheit imponiert.

Kutner beobachtete nun in fünf Fällen noch ein weiteres differentialdiagnostisches Symptom während des pathologischen Rauschzustandes, nämlich eine hochgradige Steigerung der passiven Beweglichkeit der Glieder bezw. Hypotonie und Fehlen bezw. Schwäche der Sehnenreflexe (Patellar-, Achillessehnen- und Tricepsreflex), während sich diese Reflexe nach Ablauf der Bewußtseinsstörung wieder einstellten bezw. normal erwiesen. Im „normalen" Rausch sind nach Beobachtung *Cramers* und des Verf. die Sehnenreflexe gesteigert. Als pathogenetische Grundlage des Verhaltens der Sehnenreflexe und der passiven Beweglichkeit nimmt Verf. eine Störung in der Funktion der intramedullar gelegenen sogenannten inneren Reflexbogen, von Assoziationsbahnen an, gleichsam ein Analogon der mit der psychischen Störung einhergehenden Affektion von Assoziationsbahnen des Großhirns.

Anhangsweise erwähnt *K.*, daß bei drei seiner Patienten, die im normalen Zustand keinen *Babinski*schen Reflex zeigten, nach Injektion von $^1/_2$ oder 1 mg Hyoscin. hydrobrom. eine deutliche, mehr oder minder langsame Dorsalflexion der Großzehen nachweisbar war, und er möchte auf Grund von Untersuchungen der Reflexe im natürlichen und durch Hypnotica hervorgerufenen Schlaf annehmen, daß wir in dem Auftreten des Zehenstreckreflexes im Schlafe vielleicht das erste Symptom einer leichten Pyramidenbahnerkrankung haben, die man im Wachen noch nicht nachweisen kann.

Quensel, Neue Erfahrungen über Geistesstörungen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Juni und August, S. 48 u. 246.

Im Gegensatz zu *Arndt*, der den Begriff der CS_2-Psychose für unberechtigt erklärt, da sich die Krankheitsbilder völlig ungezwungen in bekannte Krankheitsformen einordnen ließen, tritt *Qu.* unter Veröffentlichung von vier neuen Fällen für die Bedeutung des CS_2 als eines schweren Nervengiftes ein, das „bei der gewerblichen Verwendung in der Gummiindustrie ernstliche Schädigungen der geistigen Gesundheit der Arbeiter herbeiführen kann. Unter diesen sind zum Teil schon nach ihrer spezifischen Gestaltung zu erkennen einfache Psychosen, welche kurzdauernde Erregungszustände oder, zum Teil

Digitized by Google

mit solchen gemischt, depressive Seelenstörungen mit wechselnder Beteiligung fast aller psychischen Funktionen darstellen. Namentlich die letzteren können auch in mehr oder weniger langdauernde psychische Hemmungs- und Schwächezustände, möglicherweise auch in chronische Defektzustände übergehen. Man findet außerdem den CS_2 als wesentlichen Faktor in der Ätiologie ausgesprochener komplexer Psychosen, welche sich je nach der Disposition und Individualität der Betroffenen und je nach der Schwere der Giftwirkung in verschiedener Form abspielen können.

Charakteristisch für die ätiologische Bedeutung des CS_2 und von diagnostischem Werte sind: a) die der Erkrankung voraufgegangene Intoxikationszeit, b) das Auftreten mehr oder weniger schwerer akuter Intoxikationserscheinungen vor dem Ausbruch der Psychose, c) das Vorhandensein einer Reihe somatischer und nervöser Störungen, welche man in gleicher Weise auch bei den durch CS_2-Vergiftung hervorgerufenen Neurosen antrifft.

Bei zuvor schon psychisch erkrankten Individuen ergaben sich durch gewerbliche CS_2-Vergiftung bisweilen ausgesprochene Verschlimmerungen, welche gewisse Charaktere der Giftwirkung an sich tragen.

Pathologisch-anatomisch ließen sich bei einem durch CS_2-Vergiftung hervorgerufenen Falle akuter Geistesstörung unter dem Bilde des Delirium acutum eine schwere diffuse Affektion der Großhirnrinde und ausgedehnte Veränderungen der Zellen im gesamten Zentralnervensystem nachweisen."

Lindl, Ergebnisse klinischer Beobachtungen von Polyneuritis alcoholica an 300 Potatoren. Der Alkoholismus. Neue Folge. Bd. 1, S. 34.

Die Häufigkeit und Intensität der Erkrankung an Polyneuritis bei chronischem Alkoholmißbrauch steigt proportional der Menge, Einwirkungsdauer und vor allem proportional der Konzentration sowie dem Fuselgehalt der genossenen Spirituosen. Auch relativ kleine, aber dauernd dem Körper einverleibte Mengen solcher unreiner und starkprozentiger Spirituosen wirken toxisch auf verschiedene Organe des Körpers, besonders stark und früh auf das periphere Nervensystem.

Schoenen, Statistische Beiträge zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Geistesstörung. Inaugural-Dissertation. Bonn.

Unter den in den Jahren 1891—1902 in der Bonner Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt aufgenommenen Geisteskranken (2669 Männer und 2254 Frauen) konnte bei 448 Männern = $16^{13}/_{16}$% und bei 62 Frauen = $2^{3}/_{4}$% die Krankheitsursache auf Alkoholmißbrauch zurückgeführt werrden. Direkte erbliche Belastung zur Trunksucht war vorhanden bei $33^{1}/_{7}$% der Männer und $49^{1}/_{6}$% der Frauen.

Digitized by Google

Alzheimer, Das Delirium alcoholicum febrile Magnans. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. No. 174 S. 437.

Die umstrittene Frage, ob es ein Delirium tremens febrile gibt oder nicht, bejaht A. auf Grund der Beobachtung dreier Fälle, bei denen einige Stunden nach dem Auftreten der ersten deliranten Erscheinungen ein schwerer epileptiformer Anfall auftrat und danach Fieber von 39,4 bezw. 39,6 und 40° festgestellt wurde. Der Tod trat unter schweren Krankheitserscheinungen in 5, 8 bezw. 14 Stunden nach Beginn der ersten deliranten Erscheinungen ein. Zwei Fälle kamen zur Obduktion, im Gehirn fanden sich schwere Erkrankungszustände und Zerfallserscheinungen an den Ganglienzellen.

Meyer, E., Über akute und chronische Alkoholpsychosen und über die ätiologische Bedeutung des chronischen Alkoholmißbrauchs bei der Entstehung geistiger Störungen überhaupt. Arch. f. Psych. 38. Bd., 2. Heft, S. 331.

Es mögen nur die Ergebnisse der lesenswerten Arbeit, die durch ausführliche Beschreibung von 17 Fällen (Paranoia bezw. Dementia paranoides) illustriert wird, angeführt werden: Der chronische Alkoholmißbrauch vermag an sich jeder Form geistiger Störung als ausschließliche Ursache zu dienen, wenn er auch mit Vorliebe in bestimmten bekannten Krankheitsformen seinen Ausdruck findet. Jedoch ist keineswegs jede bei einem Gewohnheitstrinker entstehende Geistesstörung in diesem Sinne eine alkoholische. Wir können vielmehr nur dann von alkoholischen Psychosen sprechen, wenn direkte Entwickelung aus den typischen Entwickelungsformen (Delirium tremens oder Alkohol-Paranoia) vorliegt oder wenn wenigstens vielfache nervöse und psychische Störungen der Geistesstörung vorangegangen sind.

van Vleuten, Ein Delirium im Anschluß an Hyoscinmißbrauch. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. No. 168 S. 19.

Ein 37jähriger Epileptiker, der den früher im Übermaß genossenen Alkohol seit 3/4 Jahren durch Einspritzungen von Skopolamin. hydrobromin. (bis zu zwei Spritzen einer Lösung von 0,01 : 10) ersetzte, erkrankte plötzlich unter Halluzinationen aller Sinne ohne Verlust der Orientierung, Schweißausbruch, Herzangst, Händezittern und der Wahnidee, daß die halluzinierten Vorgänge von einem Heilkünstler im Einverständnis mit seiner Ehefrau vorgenommen würden, um ihn vom Alkoholmißbrauch abzubringen. Am zweiten Tage verliert er die Orientierung, zeigt das Symptom der identifizierenden Erinnerungstäuschung, hält aber an seinem Wahnsystem fest.

In der Nacht vom vierten zum fünften Tage tritt zuerst ein langer Schlaf ein, aus dem der Kranke mit voller Krankheitseinsicht und guter

Digitized by Google

Erinnerung an die Vorgänge während des Deliriums erwacht; es blieb kein Verlangen nach Hyoscin zurück.

Unter Ausschluß von Trinkerdelirium, von Alkoholhalluzinose und von epileptischer Geistesstörung sieht Verf. den Hyoscinmißbrauch als Ursache des Deliriums an und möchte nur die identifizierende Erinnerungstäuschung auf Rechnung der Epilepsie schreiben.

Colla, Die hypnotische Behandlung des Alkoholismus. Der Alkoholismus. Neue Folge. Bd. 1, S. 221.

Die für die Heilung des Alkoholismus notwendige völlige und dauernde Abstinenz von alkoholischen Getränken erreicht man nur durch suggestive Einwirkung, und diese kann durch Hypnose kräftig unterstützt werden. Der Wert der Hypnose liegt aber nicht in der Gewalt einer imperativen Suggestion, die nur einige Zeit wirkt, sondern in der Möglichkeit, diejenige psychologische Fein- und Einzelarbeit bei den Patienten vorzunehmen, ungehemmt durch bewußte oder unbewußte Gegenvorstellungen und Empfindungen, die erforderlich ist, um einen Trunksüchtigen zu einem Enthaltsamen zu machen, also in einer Umerziehung des Kranken. Daneben lassen sich auch einzelne Vergiftungssymptome durch Hypnose beeinflussen, das erhöhte Durstgefühl, die motorische Unruhe im Beginn der Behandlung, die Schlaflosigkeit, periodische Verstimmungen; und schließlich ist die Hypnose ein Hilfsmittel zur Durchführung einer ärztlichen Pädagogik, um den Patienten aus seiner Passivität herauszubringen und zur Beschäftigung und zur Anwendung ärztlicher Maßnahmen, Gymnastik u. dgl. zu veranlassen.

Laquer, Die Bekämpfung des Alkoholismus in der Schweiz. Der Alkoholismus. Neue Folge. Bd. 1, S. 79.

Vollständige Übersicht der Antialkoholbestrebungen in der Schweiz: Branntweinmonopol, Einrichtung und Erfolge der Trinkerheilstätten, Abstinenzvereine, alkoholfreie Wirtschaften, Abstinenzsekretariat und Schriften gegen den Alkoholmißbrauch.

---

9. Idiotie und Kretinismus.

Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Shuttleworth, On Mental Deficiency in Children. The British Journal of Children diseases. March 1904.

Verf. gibt eine Übersicht über Einteilung des idiotischen Schwachsinns und seiner Hauptformen. Er unterscheidet zunächst zwei Hauptgruppen: angeborene und erworbene Formen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Angehörigen stets bestrebt sind, irgendwelchen Vorkommnissen nach

Digitized by Google

der Geburt, die oft schon die Äußerung einer neuropathischen Anlage sind, die Schuld an dem Schwachsinn die Kinder zuzuschieben.

Die angeborenen Formen können entstehen durch Ursachen, die vor und solche, die bei der Geburt einwirken. Die erbliche Belastung beträgt nach *Tredgold* 90%. Was die einzelnen Formen der Belastung betrifft, so fanden sich (zum Teil konkurrierend) in der Aszendenz: Phthisis = 28,3%, Geistesstörung 21,38%, Epilepsie und andere schwere Neurosen = 20%, Trunksucht der Eltern in 16,38%, Blutsverwandtschaft der Eltern in 4,2%; Syphilis fand sich nur bei 1,7% (diese Zahl ist zweifellos zu niedrig, Verf. macht auch selbst darauf aufmerksam, daß die Eltern in dieser Richtung nicht leicht die Wahrheit angeben). Was die Ursachen des Schwachsinns bei der Geburt betrifft, fand sich: Frühgeburt in 3,52%, schwierige Geburt in 17,55%.

In 20,6% war das schwachsinnige Kind das erstgeborene.

Nach dem psychischen Verhalten hält der Verf. die Haupteinteilung in die apathische und in die erregte Form von Schwachsinn aufrecht. Beide Formen haben die mangelhafte Fähigkeit aufzumerken gemein. Ein großer Teil der angeborenen Formen zeichnet sich nicht sowohl durch typische, charakteristische Merkmale aus als durch mehr oder weniger erhebliche Abweichungen von gleichaltrigen normalen Kindern. Immerhin lassen sich einzelne Formen unter der großen Masse des angeborenen Schwachsinns unterscheiden: die Mikrocephalie, der hydrocephale Typus, der besonders charakteristische mongolische Typus und der sporadische Kretinismus, dei myxödematöse Idiotie.

Eine besondere Gruppe bilden die Fälle von cerebraler Lähmung im Kindesalter. Eklamptische Anfälle können Ursache oder Folge einer Hirnläsion sein (meist die Folge! Ref.) und die Anlage zum späteren Ausbruch der Epilepsie geben. Verletzungen, Schrecken, Sonnenstich wirken als Ursache des Schwachsinns wohl nur bei schon vorhandener Disposition. Meningeale und encephalitische Prozesse führen nicht selten zu Schädigungen des Gehirns in Form der parenchymatösen Encephalitis oder der atrophischen Sklerose. Weitere besondere Formen sind die tuberöse Sklerose und die amaurotische Idiotie. Der von *Bury* beschriebene hereditär syphilitische Schwachsinn beruht auf Endarteriitis mit Sklerose der Hirnrinde und Atrophie der Ganglien.

Bemerkungen über die Prognose der einzelnen Formen und die Grundzüge der Behandlung bilden den Schluß der sehr übersichtlich geschriebenen vortrefflichen Abhandlung.

Tredgold, Amentia (Idiocy and Imbecillity). Archiv of Neurology of the London County Asylums II 1903. Nach dem Referat im Neurologischen Zentralblatt 1904, S. 189.

Verf. unterscheidet zwischen aufgehaltener oder unvollkommener Entwicklung (Amentia) und der Entartung des schon entwickelten Gehirns

Digitized by Google

(Dementia). Bei 150 Fällen waren in 82,5% Anomalien des Nervensystems in der Aszendenz vorhanden. In 46,5% Alkoholismus, in 34,0% Tuberkulose. Syphilis soll eher zur Degeneration als zur Entwicklungshemmung führen. Blutverwandtschaft der Eltern, die sonst gesund sind, ist für die Nachkommen nicht bedenklich, dagegen die eigentliche Inzucht. Gefährlich für das Kind ist Alkoholismus der Mutter während der Gravidität, Traumen während der Geburt spielen eine untergeordnete Rolle. Um primären, auf ererbter Grundlage entwickelten Schwachsinn handelt es sich in etwa 90%.

Die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung in zwölf Fällen sind angefügt.

Morosow, Materialien zur Anthropologie, Ätiologie u. Psychologie des Idiotismus. Dissert. St. Petersburg 1902. Russisch. Nach dem Referat im Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. XXVII. Jahrg. S. 148.

Aus den anthropometrischen Untersuchungen *Morosows* geht aufs neue hervor, daß die Idiotie und zwar in ihren verschiedensten Formen, mit mangelhafter körperlicher Entwicklung: geringe Körperlänge, Schmalbrüstigkeit, Mißverhältnis in der Länge der Gliedmaßen, verbunden ist.

Bei der Mehrzahl der Untersuchten war der Schädel kleiner als bei gleichaltrigen Individuen. Die Schädel waren meist brachycephal, in 86% war Prognatie des Oberkiefers vorhanden.

König, Ätiologie der einfachen Idiotie.

Siehe diese Zeitschrift, Heft 1 u. 2.

Pfleiderer, Taubstummenanstalten. Separatabdruck aus der Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften.

Ein sehr lesenswerter Artikel, der in kurzer, übersichtlicher Weise das Wichtigste aus der Natur und der Behandlung der Taubstummheit zusammenstellt.

Berkhan, Über den angeborenen und früherworbenen Schwachsinn. Geistesschwäche des bürgerlichen Gesetzbuches. Für Psychiater, Kreis- und Schulärzte dargestellt. II durch Nachträge ergänzte Auflage. Braunschweig, Vieweg & Sohn, 1904.

Die erste Auflage des *Berkhan*schen Werkes ist im Jahre 1899 erschienen und im Band 57 dieser Zeitschrift 284* besprochen worden. Die zweite Auflage erscheint erweitert durch den Artikel: „Über einige besondere Gruppen unter den Schwachsinnigen", in dem der Verf. den Hydrocephalus,

Digitized by Google

die Mikrokephalie, die kretinistische Idiotie und den Mongolentypus bespricht. Weiter sind noch Abhandlungen beigegeben über „Eigentümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle" und über krankhaften Wandertrieb. Die Arbeit des verdienten Verfassers, die sich durch klare Darstellung auszeichnet, hat durch die Zusätze der zweiten Auflage eine dankenswerte Ergänzung erfahren.

Stadelmann, Schwachbeanlagte Kinder. Ihre Förderung und Behandlung. Der Arzt als Erzieher, Heft 14. Verlag der ärztlichen Rundschau 1904.

Die Schrift ist entsprechend dem Unternehmen „Der Arzt als Erzieher" für einen weiteren, nicht medizinischen Leserkreis bestimmt.

Verf. sucht zunächst das Wesentliche in dem Charakter abnormer Kinder klar zu machen. Er bezeichnet die Anlage abnormer Kinder als Ermüdungsanlage, betont ihr ablehnendes Verhalten äußeren Einflüssen gegenüber, sowohl nach der intellektuellen als nach der ethischen Seite. Daraus ergibt sich die Unfähigkeit, die Dinge richtig zu bewerten. Auf Grund dieser Anschauungen analysiert *St.* die intellektuellen und moralischen Defekte der abnormen Kinder in ihren verschiedenen Abstufungen.

Das Prinzip der Erziehung müsse die Persönlichkeitsbildung sein, die nur erreicht werden kann durch eine individualisierende und assoziierende Behandlungsmethode. Diese Behandlungsweise wird unterstützt durch die Erziehung der Sinnesorgane zu exakter Funktion.

Es werden dann im einzelnen Vorschläge über die psychische und körperliche Behandlung abnormer Kinder gemacht, denen durchaus beizupflichten ist.

Der stark optimistische Zug, der durch die lesenswerte Arbeit hinsichtlich des Einflusses der Erziehung abnormer Kinder geht, schadet gerade in einer auch für Nichtärzte bestimmten Veröffentlichung nichts.

Bayerthal, Jahresbericht über die schulärztliche Tätigkeit an den Hilfsklassen der städtischen Volksschule in Worms. Schuljahr 1903/04.

Die Tätigkeit des Arztes besteht zunächst darin, die Kinder zu untersuchen, deren Aufnahme in die Hilfsschule nach 1—2 jährigem erfolglosem Besuch der Normalschule beantragt wird. Die Untersuchung, die nach einem bestimmten (recht zweckmäßigen) Formular vorgenommen wird, erstreckt sich auf die Erblichkeitsverhältnisse, die Geschichte des einzelnen Individuums, den jeweiligen Körperbefund und den geistigen Zustand. Auch *B.* hat die Erfahrung gemacht, daß das Rechnen, Zahlenvorstellungen, stets der schwächste Punkt bei Schwachsinnigen ist. Im Schuljahr 1903—1904 wurden 18 Kinder (10 Knaben, 8 Mädchen) untersucht. Bei der überwiegenden Mehrzahl handelte es sich um die leichteren Formen des Schwachsinns. In 17 Fällen fand sich erbliche Belastung, wobei allerdings auch die Tuberkulose mitgerechnet

Digitized by Google

ist (für eine Statistik wäre doch wohl die Trennung der Belastung in neuropathischer Hinsicht von der durch tuberkulöse Aszendenz zu trennen). Alkoholmißbrauch bei den Eltern spielt auch nach *B.*s Ansicht eine große Rolle.

Der Prozentsatz der Kinder in der Hilfsschule im Verhältnis zu der Normalschule betrug 0,5—0,8%. Die Knaben stellen wie überall das Hauptkontingent. Der späteren Unterbringung der Zöglinge nach dem Austritt aus der Hilfsschule wurde besondere Aufmerksamkeit zugewandt, bei den Knaben, die voraussichtlich dem Militärdienst nicht gewachsen wären, gehen den Eltern entsprechende Mitteilungen zu. Am Schlusse wird die Notwendigkeit betont, für das weitere Schicksal der Hilfsschulkinder durch organisierte Vereine zu sorgen.

Shuttleworth, The Future of the feeble-minded Children. C. Pintling and Co., Liverpool 1904.

In einer Ansprache an die Versammlung der Lehrer an den Sonderschulen für Schwachsinnige entwickelt der Verf. kurz einige Gesichtspunkte, die bei der Weiterentwicklung des Hilfsschulwesens von Belang sind. Er führt aus, daß die zu optimistischen Erwartungen der bahnbrechenden Führer in der Idiotenfürsorge: *Seguin Sägert* u. a. sich nicht erfüllt haben. Wir kennen heutzutage keine heilbaren Idioten mehr. Aber wir sind nach des Verf. Ansicht jetzt zu pessimistisch. Es wirke entmutigend und sei auch durch die Erfahrung nicht gerechtfertigt, wenn man von vornherein annehme, daß die Zöglinge der Spezialschulen stets zu einem völligen Ausscheiden aus der Gesellschaft der Gesunden verurteilt seien.

Nach den bisherigen Erfahrungen in England bedarf etwa ein Drittel derer, die in Spezialschulen unterrichtet worden sind, einer wohlwollenden Leitung und Beaufsichtigung für Lebensdauer. Die ganze Einrichtung ist aber noch zu jung, um ihre volle Wirksamkeit entfalten zu können. Aber auch schon jetzt wurde eine ganze Anzahl von Schülern so weit gebracht, daß sie ihr Brot selbst verdienen konnten.

Von großer Bedeutung ist die Organisation von Vereinigungen, die sich mit der Fürsorge für die Hilfsschulzöglinge nach deren Entlassung aus der Schule befaßte (After-care Associations), besonders notwendig wäre es, daß die Zöglinge, wenn nötig, auch über das 16. Jahr hinaus in den Schulen behalten werden dürften, insbesondere zum Zweck der gewerblichen Unterweisung.

Notwendig ist ein planmäßiges Zusammenarbeiten sämtlicher Kreise und Vereine, die mit der Idiotensache zu tun haben. Als Ergänzung des ganzen Systems ist die Errichtung von Arbeitskolonien unbedingt geboten.

Meltzer, Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen.

Siehe diese Zeitschrift, S. 370.

Digitized by Google

Blezinger, Die vier ersten Jahre ärztlicher Untersuchungen in Stadt und Bezirk Cannstatt. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege. 17. Jahrg. 1904.

Blezinger war wohl der erste Arzt, der in Württemberg in planmäßiger Weise eine ärztliche Untersuchung der Volks- und Mittelschulen, unterstützt von Spezialärzten, vorgenommen hat. Die Veröffentlichung umfaßt die Untersuchungen in den Jahren 1900—1903. Bei einer Bevölkerung von 58078 wurden im Durchschnitt im Jahr 6900 Schulkinder untersucht. Darunter fanden sich ca. 10% irgendwie Defekte. Die Verhältnisse auf dem Lande waren günstiger als die in der Stadt.

Wir wollen an dieser Stelle auf die körperlichen Befunde, so interessant ihre Zusammenstellung durch den Verfasser ist, verzichten. Die Zahl der Schwachsinnigen, die *B.* in den vier Berichtsjahren gefunden hat, beträgt 109. Der Verf. betont die große Schwierigkeit einer sicheren Diagnose des Schwachsinns, besonders in dem ersten Schuljahr, und warnt davor, zu rasch mit der Annahme pathologischer Geistesschwäche bei der Hand zu sein. Eine ganze Anzahl von Kindern, die zumeist den Eindruck des Schwachsinns machten, hat sich im Verlauf des Schulbesuches normal entwickelt. Namentlich die jüngeren Lehrer waren oft sehr rasch mit der Annahme geistiger Schwäche bei der Hand. Unter 27 Kindern, die dem Verfasser in einem Jahre als schwachsinnig vorgestellt wurden, fand *B.* 14 normal Bildungsfähige.

Nach Kräften wurde von *B.* der Versuch gemacht, die Eltern zur Befolgung der Weisungen des Schularztes zu veranlassen. Mit der Lösung dieser Aufgabe steht und fällt nach der gewiß richtigen Ansicht des Verf. die ganze Schularztfrage. Ratschlägen des Schularztes steht vielfach die Dummheit, Intoleranz, Aberglauben der Eltern entgegen. Die Warnung vor dem Alkoholgenuß bei Kindern ist eine wesentliche Aufgabe des Schularztes. *B.* fand, daß in seinem Bezirk Schnapstrinken der Kinder nicht vorkomme, dagegen trinken sie Most, werden auch nicht selten von den Eltern am Sonntag in Wirtshäuser mitgenommen.

Die ideale Lösung der Schularztfrage wäre nach *B.* die Einrichtung, daß der Schularzt auf jede private ärztliche Tätigkeit verzichten und sich ganz seinen amtlichen Funktionen widmen würde. Die Kosten für Solbadkuren und spezialistische Behandlung wurden in einer großen Anzahl von Fällen von der Amtskorporation bestritten. Im Jahre 1903 wurden 3000 Mark für diese Zwecke verausgabt. Im großen ganzen kann *B.* bei seiner mühe- und verdienstvollen Arbeit, trotz mannigfacher unangenehmer Erfahrungen und Enttäuschungen doch die erfreuliche Tatsache feststellen, daß nicht nur das Interesse der Lehrer und der Schulinspektoren an der schulärztlichen Tätigkeit im Zunehmen begriffen, sondern daß auch das Vertrauen der Eltern zu dieser Einrichtung gewachsen ist und viele Vorurteile im Schwinden begriffen sind.

Digitized by Google

Gelpke, Über die Beziehungen des Sehorgans zum jugendlichen Schwachsinn. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus der Augenheilkunde. Band 6, Heft 1. Marhold, Halle a. S. 1904.

Verf. hat an einem größeren Material, von 578 nicht normalen Kindern, Untersuchungen angestellt. Die Kinder stammen teils aus den Karlsruher Volksschulen, teils aus der Idiotenanstalt zu Mosbach. *G.* teilt das Material ein in 1. Schwachbegabte Kinder: solche, die unter dem Niveau der Normalklasse stehen, von denen aber zu erwarten ist, daß sie, wenn auch mit größerem Zeitaufwand, das normale Schulziel erreichen (193 Knaben, 192 Mädchen). 2. Schwachsinnige Kinder (22 Knaben, 13 Mädchen). 3. Idioten (42 Knaben, 28 Mädchen).

Sämtliche Gruppen, am meisten die Idioten, zeigten einen hohen Prozentsatz von allgemein schlechter Körperentwicklung. Die Verhältnisse sind in dieser Hinsicht bei den Knaben günstiger als bei den Mädchen. Sprachstörungen fanden sich im Durchschnitt bei 10,4%, bei den Idioten in 58,5%, Lähmungen in 2,1—17,1%, Mißbildungen 0,8—22,8%, Anomalien des Gehörorganes 41,3%. Die Prüfung der Augen ergab, daß nur 27,5% ein durchaus normales Sehorgan besaßen. Am besten waren verhältnismäßig die Idioten gestellt, bei denen 43% eine Schädigung des Sehorgans zeigten. Die Schwachsichtigkeit stand im umgekehrten Verhältnisse zu dem Grade des Schwachsinns. Amblyopie fand sich im Durchschnitt bei 18,4%, Hyperopie in 31,7%, Myopie in 11,7%, Astigmatismus in 30%. Mißbildungen des Auges wurden in 32% bei den Idioten, in 5,6% bei den Schwachbegabten festgestellt.

Ganhör, Ein kasuistischer Beitrag zur Imbezillität.

Siehe diese Zeitschrift, Band 61, Heft 1.

Weygandt, Referat über leicht abnorme Kinder. 35. Versammlung der süd-westdeutschen Irrenärzte in Freiburg i. B. am 29. und 30. Oktober 1904.

Siehe diese Zeitschrift, Band 62, Seite 182.

Wizel, A., Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einer Imbezillen. Arch. f. Psych. Bd. 38, Heft 1, S. 122. 1904

Die Kranke, um die es sich handelt, hatte sich bis zu ihrem siebenten Lebensjahre normal entwickelt. Sie wurde dann von Typhus befallen, an den sich eine schwere Kachexie und völlige Verblödung anschloß. Nach einigen Wochen somatische und psychische Erholung. Pat. bleibt aber intellektuell lange auf der Stufe eines dreijährigen Kindes stehen. Später stellen sich Erregungszustände mit Wahnideen im Sinne der Verfolgung und Hypochondrie ein; Trieb, Münzen und Knöpfe zu sammeln. Dabei zeigt sich der

Digitized by Google

Trieb und die Fähigkeit, zu zählen und zu rechnen. Diese Fähigkeit war nach den Untersuchungen des Verf. allerdings ganz außerordentlich. Insbesonders zeigte sie sich in Multiplikation zweistelliger Zahlen und deren Erhebung in die zweite Potenz.

Sehr gut waren auch die Leistungen in der Division, geringer im Addieren und Subtrahieren.

Auf Grund dieser eigenen Beobachtung und der Verwertung der in der Literatur niedergelegten Fälle hält W. das Gedächtnis für das charakteristische Merkmal aller Rechenkünstler.

Alzheimer, Einiges über die anatomischen Grundlagen der Idiotie. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 27. Jahrg. S. 497.

A.s Arbeit verfolgt in dankenswerter Weise den Zweck, aufs neue zu einem genauen anatomischen Studium der anatomischen Veränderungen bei Idioten aufzufordern.

Er hebt die einzelnen Formen hervor, die schon jetzt als wohlcharakterisierte anatomische und klinische Krankheitsbilder aus der großen Masse der idiotischen Zustände herausragen: den Kretinismus, die amaurotische Idiotie, die tuberöse Sklerose, die meningitischen Formen, die Encephalitiden. Die neueren Untersuchungen drängen zur Ansicht, daß eigentliche Entwicklungshemmungen des Gehirns, ein Stehenbleiben auf embryonaler Stufe, seltener sind, als man früher angenommen, daß es sich häufiger um entzündliche Vorgänge, um Zirkulationsstörungen, Neubildungen handelt, ferner, daß die krankhaften Vorgänge im Gehirn keineswegs immer ganz abgelaufene Prozesse sind, sondern häufig eine fortschreitende Entwicklung zeigen.

Weitere Gesichtspunkte für Aufstellung besonderer Krankheitsgruppen ergeben sich vielleicht auch aus der von *Kraepelin* aufgestellten Vermutung, daß manche Fälle von Idiotie Frühformen der Dementia praecox darstellen. Es wäre sehr wünschenswert, wenn A.s Anregung in weitem Umfang stattgegeben würde. Nur möchte ich bemerken, daß die Erkenntnis, daß die Idiotie keine Krankheit für sich ist, daß sie die Folge der allerverschiedensten Ursachen und pathologischen Vorgänge sein kann, schon längst besteht und daß man auch schon längst bemüht war, einzelne natürliche Gruppen und Familien abzusondern. Es waren die praktischen Gesichtspunkte der Anstaltsversorgung, des Unterrichtes, unter denen alle Zustände, in denen eine Mißbildung oder eine Erkrankung des Gehirns zu einer dauernden Hemmung der geistigen Entwicklung vor der Pubertät geführt hatten, als Idiotie zusammengefaßt wurden. Ganz in ähnlicher Weise, wie es bei den Geisteskrankheiten im engeren Sinne der Fall ist. Aber es ist in diesem Bestreben zweifellos eine Stagnation eingetreten und diese wird anhalten, bis in genügender Menge planmäßig vorgenommene histologische Untersuchungen vorliegen, für die, wie auch A. hervorhebt, *Hammerbergs* Arbeitsplan vorbildlich sein muß.

Digitized by Google

Auf eine Schwierigkeit macht A. aufmerksam, die einer klinischen Verwertung der anatomischen Befunde schon jetzt entgegensteht und die auch nicht verschwinden wird, wenn unsere pathalogisch-anatomischen Kenntnisse noch weiter fortgeschritten sein werden. Es ist der Umstand, für den A. speziell die Mikroencephalie heranzieht, daß das Endergebnis der Verkümmerung einzelner Hirnpartien durch ganz verschiedene Prozesse herbeigeführt werden kann.

Wir wünschen, daß A.s Anregungen auf günstigen Boden fallen und das reiche anatomische Material der Idiotenanstalten endlich einmal einer systematischen Durchforschung unterzogen werde.

Tugendreich, Ein Fall von Meningoencephalitis heredo-syphilitica bei einem Säugling unter dem Bild des Hydrocephalus externus. Jahrb. f. Kinderheilk. 1903, S. 425.

Das Kind eines syphilitischen Vaters bekam in der vierten Lebenswoche unter Temperatursteigerungen einen hartnäckigen Schnupfen. Außerdem wurde Nystagmus bemerkt, ferner stellte sich Dyspnoïe, Cyanose, Tachycardie, Bewußtseinstrübung, Zuckungen in den Lidern ein. Die Spinalpunktion ergab wasserklaren Liquor, ohne besondere morphologische Elemente und ohne vermehrten Eiweißgehalt. Trotz antiluetischer Behandlung ging das Kind zugrunde.

Die Sektion ergab eine mäßige Anhäufung einer klaren, gelblichen Flüssigkeit unter der Dura und in größerer Menge in den Maschen der Pia.

Der entzündliche Prozeß der Hirnhäute greift nicht diffus, sondern herdförmig auf die Hirnsubstanz über. Die Herde sind gebildet durch massenhafte Rundzelleninfiltrationen, die von den Gefässen ausgehen. Die Hirnstruktur ist in den Herden verwischt. Die Veränderungen gehen in ihren verschiedenen Graden stets von den Gefäßen aus und führen zum Teil zu einer dichten konzentrischen Verdickung der Wand. Daneben finden sich vielfach endarteriitische Prozesse.

Die äußerste Rindenschicht des Gehirns ist nicht beteiligt.

Im wesentlichen handelt es sich also um eine diffuse Meningoencephalitis auf luetischer Grundlage.

Die Blutaustritte, die sich vielfach fanden, sind als sekundäre, agonale Erscheinungen anzusehen, ebenso der Hydrocephalus internus.

Wäre das Kind längere Zeit am Leben geblieben, so hätte sich zweifellos eine subdurale Flüssigkeitsansammlung, ein sog. Hydrocephalus externus, ausgebildet. Diese Residuen entzündlicher Prozesse sind von dem ohnehin sehr schwankenden Begriff des Hydrocephalus externus auszuschließen. Das Vorkommen eines idiophatischen Hydrocephalus externus nicht entzündlichen Ursprungs ist überhaupt fraglich. Mit vollem Recht nimmt der Verf. an, daß das Kind bei längerem Leben völlig verblödet wäre. Der durch die genaue Beobachtung und exakte anatomische Untersuchung interessante Fall gibt

Digitized by Google

einen schätzenswerten Beitrag zur Anatomie der Idiotie. Daß bei derselben hereditär-luetische Veränderungen eine viel größere Rolle spielen, als früher angenommen worden ist, wurde in letzter Zeit von verschiedenen Seiten betont.

Kellner, Schädeldecke und Gehirn eines 14jährigen Idioten. Ärztlicher Verein in Hamburg, 26. Januar 1904. Münch. mediz. Wochenschr. 1904, S. 282.

Mischform von Hydrocephalus und rachitischer Mikrocephalie am Schädel eines 14jährigen Idioten: Umfang 63 cm, bitemporaler Durchmesser 15 cm, biparietal 18,5 cm, Länge 21 cm.

Gehirngewicht 1320 g. Enormer Hydrocephalus (1300 ccm Flüssigkeit) spärliche, stark abgeplattete Hirnwindungen.

Probst, Zur Lehre von der Mikrocephalie und Makrogyrie. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 38, 1894, S. 47.

Gehirn eines $3^1/_2$jährigen, völlig blödsinnigen Kindes. Gewicht im frischen Zustand 195 gr. Symmetrische, außerordentlich einfache, plumpe Anordnung der Windungen. Relative Kleinheit des Stirnhirns. Ausgeprägte Affenspalte. Rinde dick. Der *Gennari*sche Streifen fehlt. Die verdickten Gefäße liegen in großen Lücken. Tangentialfasern nur angedeutet. Markscheidenbildung teilweise zurückgeblieben. Am Stirnhirn dicke molekuläre Schicht. Schicht der kleinen Pyramidenzellen zeigt spärliche Zellen. Auch die großen Pyramidenzellen sind spärlich vorhanden. Der Zellkern ist groß, das Protoplasma klein.

Im wesentlichen ergab auch die mikroskopische Untersuchung ein einfaches Stehenbleiben in der Entwicklung des Gehirns. Es waren in diesem Fall keine ungleichmäßigen Wachstumsvorgänge nachzuweisen. Die ganze Anordnung der Windungen zeigte einen höchst einfachen Typus, der an den bei Cercopithecus erinnerte. Auch eine sog. Affenspalte war vorhanden. Eine atavistische Bedeutung dieser Anomalie läßt *P.* nur in beschränktem Maße gelten. Ref. möchte hierbei doch anführen, daß er bei 28 Idioten in 18 Fällen, bei 36 Epileptischen in 11 Fällen Windungsanomalien von deutlich atavistischem Charakter fand. Unter diesen Fällen war die Affenspalte mit 40% vertreten. Nahtsynostosen waren nicht vorhanden. Verf. bekämpft mit vollem Recht die unsinnige und unwissenschaftliche Kroniotomie bei Mikrocephalie. Das Balkensplenium fehlte, es trat statt dessen eine sagittale, weit nach vorne reichende Teilung des Balkens ein.

Auf Grund eigener Beobachtungen und der Verwertung der in der Literatur niedergelegten Fälle stellt *P.* folgende Merkmale für das Mikrocephalengehirn auf: Niederes Hirngewicht, Makrogyrie oder Mikrogyorie, auffallende Verkürzung des Stirn- und Hinterhaupthirns, Freiliegen des Kleinhirns, Zentralwindungen steil, häufige Affenspalte, Splenium dünn oder fehlend, vielfaches Fehlen der Markfasern, nicht selten Heterotopie und Metaplasie.

Digitized by Google

Die Ursachen der Mikrocephalie, bei denen akute und chronische Krankheiten der Mutter eine Rolle spielen, führen zu einer Hemmung des Wachstums im 6. bis 8. Monat.

Ref. möchte noch bemerken, daß schon *Schüle* in seiner klinischen Psychiatrie neben der typischen Aztekenform der Mikrocephalie eine proportionale Mikrocephalie anführt. Der Schädel ist hier wohlgebildet, aber in allen Durchmessern verkleinert. Die Windungen zeigen, wie ich aus eigener Erfahrung anführen kann, meist mikrogyren Typus, ohne wesentliche Abweichung in der Anordnung der Windungen. Die sehr exakte Arbeit des Verf. bildet einen sehr wertvollen Beitrag zu der jetzt von verschiedenen Seiten in Angriff genommenen anatomischen Begründung der einzelnen Formen der Idiotie.

Weygandt, Weitere Beiträge zur Lehre vom Kretinismus. Würzburg. Stübers Verlag. 1904.

1. Schildrüsenbehandlung bei endemischem Kretinismus. Behandlung eines 17jährigen Kretinen mit *Merck*schem Thyreoidin. Sehr guter Erfolg, der namentlich auch auf den Verknöcherungsbildern der Handwurzelknochen sich nachweisen läßt.

2. Cachexia strumipriva. Bei einem zehnjährigen Knaben wurde eine Struma retropharyngo oesophagealis entfernt. 1½ Jahre nach der Operation hatte sich das volle Bild der Myxödems nach psychischer und physischer Seite hin entwickelt. Eine Fraktur der Tibia, die der Pat. mit 18 Jahren erlitt, heilte langsam, doch bildete sich unter Anwendung von Thyreoidin allmählich ein fester Callus. Ein Radiogramm der Handwurzel ergab die Knochenverhältnisse eines zehnjährigen Kindes.

3. Exkursionen in Kretinengegenden. Verf. hat verschiedene Kretinengegenden in Unterfranken, Piemont, Bern, Steiermark durchwandert. In Steiermark betragen die Kretinen an einzelnen Plätzen bis 8,04 ‰ der Bevölkerung. Die Erfolge mit planmäßiger Thyreoidinbehandlung scheinen günstig zu sein. In der Erforschung der Ursachen des Kretinismus ist man noch nicht viel weiter gekommen. Ein großer Teil der Kretinenorte liegt im Murrtal. „Kropfbrunnen" konnte W. weder in der Schweiz noch in Piemont oder der Steiermark finden.

In einem weiteren Artikel „Virchows neugeborener Kretin" faßt W. noch einmal alle Gründe zusammen, die gegen die bekannte *Virchow*sche Theorie sprechen und die ihn zum Schluß führen, daß die Tribasilarsynostose mit dem Kretinismus lediglich nichts zu tun hat. Am Schluß des Aufsatzes findet sich in dankenswerter Weise die Literatur über den Gegenstand sehr sorgfältig aufgeführt.

5. Hirnrindenveränderung bei Kretinismus. Bei *Nissl*-Färbung heben sich die Kerne der Nervenzellen nur wenig vom Zelleib ab. Der Zellkörper erscheint homogen. Der Achsenzylinder ist nicht sichtbar, die seit-

Digitized

lichen Dendriten sind nur wenig angedeutet. Der Spitzenfortsatz erscheint weithin gefärbt.

Weiterhin wurde ungleiche Kernverteilung, Invasion der Glia in den Nervenzelleib und Nervenzellenfragmente beobachtet.

Ähnliche Veränderungen fanden sich in der Hirnrinde thyreektomierter Kaninchen und Hunde, in der außerdem aber ein körniger Zerfall der Zellen konstatiert wurde.

Ferenczi, Zwei Fälle von Kretinismus. K. Ärzteverein zu Budapest. (Sekt. f. Psychiatr. u. Neurol.). Sitzung vom 19. Januar 1903. Neurol. Centralblatt 1904, Seite 535.

Vorstellung von zwei 23 und 36 Jahre alten Stiefschwestern, mit allen Charakteren des Kretinismus. Die Schädeldifformität ist durch eine zu frühe Verknöcherung der Symphysen an der Schädelbasis bedingt (? Ref.). Die Röntgenuntersuchung zeigt verspätete Knochenbildung. Mit Thyreoidinbehandlung wird in vier Wochen Gewichtsabnahme erzielt.

Wagner von Jauregg, Über die Resultate der Behandlung von Kretins mit Schilddrüse. Wien. Klin. Wochenschrift 1904. Heft 28, Seite 7. (Nach dem Referat in der Psych.-Neurol. Wochenschrift. 6. Jahrgang, Heft 180.)

Ergebnis der Schilddrüsenbehandlung von 22 Kretinen aus Steiermark von 2 bis 22 Jahren, mit sehr guten Ergebnissen nach der psychischen und physischen Seite hin.

Bayon, Über das Zentralnervensystem der Kretinen. Neurolog. Centralblatt, 1904, S. 338.

Untersuchung an dem Gehirn eines 76- und eines 25jährigen Kretinen.

Im Gehirn des alten Kretinen fanden sich sehr zahlreiche Amyloidkörper, besonders in der Umgebung der Venen. Hochgradige Veränderung an den Gefäßen. Zellen der Gehirnrinde ohne wesentliche Veränderung, nur die Dendriten erscheinen etwas plumper. Starke Pigmentablagerung. Vermehrung der ovalen Kerne der Glia. Tangentiale, super- und interradiäre Fasern spärlich.

Bei dem jugendlichen Kretinen keine Amyloidkörper, keine Veränderung an den Gefäßen. Auch an den Zellen keine nennenswerten oder charakteristischen Veränderungen. Dendriten plump, Fasergeflechte spärlich.

Die Unterschiede beider Gehirne erklären sich aus dem Altersunterschied, aus dem Umstand, daß in einem der Gehirne weit vorgeschrittene senile Veränderungen sich fanden.

Die Untersuchung erfolgte nach den neuesten Methoden.

Digitized by Google

Weygandt, Über Virchows Kretinentheorie. Neurolog. Centralbl. 1904. No. 7, 8 u. 9.

Virchow hat bekanntlich die Ansicht aufgestellt, daß die vorzeitige Synostose der drei Schädelwirbel den Mittelpunkt der anatomischen Veränderungen bilden, die dem Kretinismus zugrunde liegen. Nach einer sehr eingehenden und vollständigen Durchsicht der Literatur bringt W. eine genaue Beschreibung des Präparates, das der *Virchow*schen Arbeit zugrunde liegt. Die genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung an den Schädel- und Extremitätenknochen des Präparates bringt den Verf. zur Überzeugung, daß der grundlegende Fall, auf den *Virchow* sich stützte, mit dem Kretinismus, der endemischen athyreoiden Degeneration, nichts zu tun habe. Dieser Fall gehöre zu der vom Kretinismus grundverschiedenen Krankheitsgruppe der Chondro-dystrophia foetalis oder Mikromelie.

Rauschburg, Ein Fall von sporadischem Kretinismus. K. Ärzteverein zu Budapest, Sitzung vom 19. Januar 1903, Neurolog. Centralblatt, 1904, S. 541.

Nach Angabe des Verf. der zweite in Ungarn überhaupt beschriebene Fall. 17jähriges Mädchen, das auf dem Niveau eines 4—5jährigen Kindes steht, mit den typischen körperlichen Veränderungen.

Alt, Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems. 39. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens. Hannover, 7. Mai 1904. Neurolog. Centralblatt, 1904, No. 12, S. 583.

Alt hat in der Anstalt zu Uchtspringe 7 ausgesprochene, 5 weniger ausgesprochene Fälle von Myxödem behandelt. Die ausgebildeten Fälle waren sämtlich Mädchen. Die Erfolge der Thyreoidinbehandlung waren glänzend. *A.* beginnt die Myxödembehandlung mit Darreichung von Jod, mit Rücksicht auf den etwaigen luetischen Ursprung des Leidens. Dann wird anfangs jeden zweiten Tag, später jeden Tag eine Tablette des Thyreoidin *Merck* zu 0,1 gegeben.

Hudovernig u. *Pétzi-Poporits*, Gigantismus. K. Ärzteverein zu Budapest, Sektion für Psychiatrie und Neurologie, Sitzung vom 19. Januar 1903. Neurolog. Centralblatt, 1904, S. 535.

Der $5^3/_4$jährige Knabe, um den es sich handelt, war bis zum 18. Monat auffallend klein geblieben. Von da an im Anschluß an eine akute fieberhafte Krankheit (Meningitis) rapides Wachstum. Körperlänge 137 cm, Gewicht 35,5 kg. Geschlechtsreife Entwicklung der Genitalien. Die Röntgenunter-

Digitized by Google

suchung ergibt an den Extremitäten einen Zustand der Verknöcherung, der dem 18. Lebensjahr entspricht, außerdem in der Hypophysengegend die Umrisse eines blutreichen Tumors. Bemerkenswert im vorliegenden Falle ist das frühe Auftreten des Gigantismus und die frühzeitige Verknöcherung der Diaphyse. Der Patient ist idiotisch.

Noica, Ein Fall von mongolischem Idiotismus. Spitalut 15/16. Bericht in der Deutschen med. Wochenschr., 1904, S. 1366.

Typisches Bild mongoloider Idiotie. Charakteristisch war namentlich auch die Veränderung an der Zunge, die „langue hachurée" ausgebildet. *N.* schließt sich der Ansicht an, daß diesem Typus der Idiotie eine spezielle Form von Meningoencephalitis zugrunde liege.

Hochsinger, Mongoloide Idiotie mit Rachitis und Tetanussymptomen. Gesellsch. f. inn. Mediz. u. Kinderheilkunde in Wien. Am 3. März 1904. Bericht in der Deutschen med. Wochenschr., 1904, S. 1366.

Vorstellung eines 2jährigen Knaben mit mongoloidem Typus. Abnorme Zuckungen in der Lippenmuskulatur. Besserung auf Schilddrüsenbehandlung.

Fennell, Imbecility. Journal of mental Science, 1904, Januar. Nach dem Referat im Neurolog. Centralblatt, 1904, S. 661.

Der mongolische Typus ist ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild, beruhend auf einer vor der Geburt aufgetretenen Hemmung der Entwicklung. Die Prognose ist ungünstig. Thyreoidinbehandlung trotz mancher Ähnlichkeit mit dem Kretinismus wirkungslos.

Schaffer, Gehirn von einem Falle *Sachs*scher Idiotie amaurotica familiaris. K. Ärzteverein zu Budapest, Sektion für Psychiatrie und Neurologie, Sitzung vom 19. Januar 1903. Neurolog. Centralblatt. 1904, S. 542.

Sch. fand in seinem Fall: Mangelhafte Entwicklung des Operculums. Verbildungen an der Fissura calcarina, Parieto-occipitalis und am Praecuneus. Ungewöhnliche Vertiefung der Furchen I. und II. Ranges.

In einem früheren Fall hatte *Sch.* keine angeborene Mißbildungen gefunden, dagegen einen Prozeß in den Pyramiden und Vorderhörnern, der zu beginnender oder vollendeter Degeneration geführt hatte, ähnlich wie bei amyotrophischer Lateralsklerose. Diesen Prozeß, der ein von Haus aus defektes wie ein ursprünglich normal veranlagtes Gehirn befallen könne, hält *Sch.* für das Wesentliche der *Sachs*schen Idiotie.

Digitized by Google

Taty et *Giraud* (Lyon), Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleux chez une idiote aveugle-née. XIV. Versammlung der Psychiater und Neurologen Frankreichs und der französisch sprechenden Länder in Paris, 1.—8. August 1904. Nach dem Referat im Neurolog. Centralblatt, 1904, S. 1158.

Bei einer 14jährigen blindgeborenen Idiotin fand sich Ausfall der zelligen Elemente der Großhirnrinde im Occipitallappen, im Stirnpol der Hemisphären im Cerebellum. Die Zellen fehlten vollständig in der Regio calcarina auf beiden Seiten.

Heveroch, Zwei Fälle von familiärer amaurotischer Idiotie. Mit einem Sektionsbefunde. Casopis ces lék 1904. Nach dem Referat im Neurolog. Centralblatt, 1904, S. 948.

Verf. beobachtete bei 2 Geschwistern im Alter von $2^3/_4$ und $^3/_4$ Jahren (Christenkindern) die Erscheinungen der *Sachs*schen familiären Idiotie, die sich unter dem Ausbruch von Krampfanfällen vom 6. Monat an entwickelt hatten. Es zeigte sich völliger Blödsinn, schlaffe Lähmung der gesamten Muskulatur, ab und zu stereotype zwecklose Bewegungen. An den Augen Nystagmus. An der Macula fehlt die für die *Sachs*sche Idiotie charakteristische Veränderung. Trotzdem rechnet *H.* seine Fälle dieser zu, da sich der typische Befund an der Malcua auch erst später entwickeln kann. Nach *H.* sind die Fälle von Idiotie mit cerebraler Diplegie von der *Sachs*schen Krankheit zu trennen.

Aus der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer von *Schröter* und *Wildermuth*, XX. (24.) Jahrgang, 1904.

Frenzel „Die Hilfsschulen für Schwachbegabte" gibt eine lesenswerte Übersicht über Zweck und Einrichtung dieser Institute. *Otto Meyer* „Zur Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder auf Grundlage der körperlichen Betätigung" führt im einzelnen aus, wie die Entwicklung und Übung der Motilität, der Koordination der Sinnesorgane die notwendige Vorbereitung, die Basis der Erziehung und des Unterrichtes in den Hilfsschulen sein müsse.

Stötzner bringt interessante „Beiträge zur Geschichte der Heilpädagogik" auf Grund der Reiseberichte des Lehrers *Hörnig*, der Mitte der vierziger Jahre die Idiotenanstalten in Deutschland: Leizpig, Halle, Berlin, Eisenach besuchte. Auch *Guggenbühl*s Anstalt auf dem Abendberg hat er sich angesehen. Er erteilt ihr aber nur geringes Lob und findet namentlich den Unterricht auf einer niedrigeren Stufe als in den deutschen Anstalten.

Wettig macht in einer Abhandlung „Spiegelschrift und Schülercharakteristik" in der Hilfsschule auf die symptomatische Bedeutung dieser Anomalie aufmerksam.

Digitized by Google

Aus dem Bericht über die „XI. Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen" in Stettin vom 6.—9. September 1904 mögen folgende Vorträge Erwähnung finden: *Gutsmann* „Die Übung der Sinne" und *Kellner* „Über die Opium-Brombehandlung der Epilepsie". Der letztere Vortrag ist ganz ungenügend referiert.

Schubert, Bericht über den I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene. Nürnberg 4.—9. April 1904. Nürnberg, Verlag von T. Schrag, 1904.

Der Bericht dieses zahlreich besuchten Kongresses umfaßt 4 stattliche Bände. Aus der überwältigenden Masse von Vorträgen ärztlichen, pädagogischen und hygienischen Inhaltes mögen einige hier erwähnt werden.

Benda (Bd. II, 6) „Maß der Lehrpensen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten". *B.* wünscht internationale Vereinbarungen über die Lehrziele, statistische Erhebungen über die Leistungsfähigkeit der Schüler, Abschaffung des Abiturientenexamens, Einrichtung von Hilfsklassen für die Minderbegabten auch an den höheren Klassen, Gleichberechtigung der körperlichen mit der intellektuellen Erziehung, gründliche Ausspannung an Sonn- und Feiertagen, Herstellung einer freieren Lehrverfassung in den höheren Klassen als Übergang vom Schulzwang zur akademischen Freiheit.

Den weitgehenden Forderungen *B.*s liegt die Überzeugung zugrunde, daß das jetzige Schulwesen die Gesundheit, insbesondere das Nervensystem der Schüler in hohem Maße schädige. Einen andern Standpunkt vertritt *Wildermuth* in seinem Vortrag „Schule und Nervenkrankheiten". Auf Grund von Beobachtungen bei 360 Nerven- und Geisteskranken (Idiotie, Epilepsie, organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems ausgeschlossen) kommt der Vortragende zur Ansicht, daß ein schädigender Einfluß der Schule nur in seltenen Fällen nachzuweisen sei. Insbesonders konnte er bei den Psychosen nicht einen Fall finden, dessen Entstehung auf einen nachteiligen Einfluß des Unterrichts zurückzuführen wäre.

In Bd. IV, S. 425 spricht *Brandeis* über „Ursachen und Bekämpfung der nervösen Erscheinung unserer Schuljugend". Er sucht die Ursachen jugendlicher Nervosität nicht allein in den Schädigungen durch die gesteigerten intellektuellen Anforderungen in der Schule, aber Überbürdung in den höheren Schulen und dadurch eine Schädigung des Nervensystems nimmt er entschieden an und verlangt weitgehende Änderungen von hygienischem Standpunkte aus.

Engelhorn in seinem Vortrag „Welche Bedeutung für die Schulhygiene hat die Psychologie und Psychopathologie der Entwicklungsjahre?" führt aus, wie diese Jahre nicht nur auf dem sexuellen Gebiet eine Änderung des Fühlens und Strebens hervorrufen, sondern wie in diesem Alter auf dem ganzen geistigen Gebiet ein Hinausdrängen über den bisherigen kindlichen Gesichtskreis sich geltend macht, wobei ein unfertiges Gemisch von Idealis-

Digitized by Google

mus, frühreifem Skeptizismus, scharfem Denken, träumerischem Vegetieren in den verschiedensten Kombinationen zutage tritt.

Die Gefahren dieses Alters bestehen darin, daß diese ganze Entwicklung nicht gleichmäßig, sondern sprungweise, vielfach unharmonisch erfolgt. *E.* betont, daß die Schule an den Psychosen dieses Alters unschuldig sei, daß sie dessen Schädigungen vielfach paralysiere. Die Ursache der geistigen Störungen auch dieser Periode liegen auf dem Gebiet der Vererbung, der Infektionskrankheiten, allgemeiner Ernährungsstörungen.

Neben den ausgesprochenen Psychosen verdienen die unvollständigen, atypischen Störungen und Entwicklungsanomalien besondere Berücksichtigung durch die Pädagogen. *E.* verlangt streng individualisierende Behandlung in Erziehung und Unterricht. Im einzelnen wünscht er Abschaffung sämtlicher Prüfungen in dieser Altersperiode.

Stadelmann erörtert die Frage „Wie kann die unterrichtlihhe Behandlung abnormer Kinder die Prophylaxe der Nerven- und Geisteskranken unterstützen?" *St.* findet das Wesen abnorm veranlagter Kinder in einer Ermüdungsanlage mit Neigung zu dissoziativem Denken. Er empfiehlt die von ihm früher beschriebene Methode des assoziativen Unterrichts und hofft davon nicht nur Besserung des jeweiligen Zustandes, sondern auch eine Prophylaxe späterer Psychosen.

„Über die Hilfsschulen für Schwachbegabte" gibt *Frenzel* ein eingehendes Referat, in dem in erschöpfender Weise der Zweck dieser Hilfsschulen, die besonderen Methoden, die hier zur Anwendung kommen, erörtert werden. Besonders wird die Notwendigkeit betont, durch Gründung von Hilfsvereinen die Fürsorge für die Zöglinge auch über die Schule hinaus auszudehnen.

Gelpkes Vortrag „Über die Beziehungen des Sehorganes zum jugendlichen Schwachsinn" ist an anderer Stelle erschienen und dort besprochen.

„Über funktionelle Prüfungen der Gehörorgane in den Hilfsschulen für Schwachsinnige in München" spricht Dr. *Wanner*, der seine Untersuchungen mittels der Bezold-Edelmannschen kontinuierlichen Tonreihe angestellt hat. *W.* kommt zu dem überraschenden Ergebnis, daß unter den 39 schwachsinnigen Kindern 69,1 % schwerhörig sind. Als Ursachen der Störung fanden sich in 20,3 % Cerumenpfröpfe, in 51,8 % Tubenkatarrh, bei 3,7 % eitrige Mittelohrkatarrhe, Reste solcher mit Trommelfellperforation 14,8 %, bei 40,7 % waren adenoide Vegetationen nachzuweisen. *W.* kommt zum Schluß, daß, wenn man noch die Kinder mit Sehstörungen abziehe, in den Münchener Hilfsschulen höchstens 20 % Schwachsinniger übrig bleiben. *W.* schlägt die Errichtung besonderer Klassen für Schwerhörige in Verbindung mit den Hilfsschulen vor. In einer lebhaften Debatte, an der sich *Hartmann, Kielhorn, Berkhan* u. a. beteiligen, wird dagegen protestiert, daß die Ergebnisse der Münchener Untersuchungen ohne weiteres verallgemeinert werden. Sollten sich die Erfahrungen *W.*s auch anderweitig bestätigen, so müßte das allerdings eine wesentliche Änderung im Betrieb der Hilfsschulen zur Folge haben.

Digitized by Google

Über „Nervosität und Schwachsinn beim Kind in ihren Beziehungen" spricht *Feser*. Die Nervosität kann Folge des Schwachsinns sein, sie kann sich auch koordiniert mit ihm entwickeln auf Grund der erblich degenerativen Konstitution. Ferner kann Schwachsinn durch Nervosität vorgetäuscht werden. *F.* hält es für nötig, mit den Hilfsschulen Internate für nervöse Schwachsinnige zu verbinden.

Cron erörtert an der Hand eines bestimmten Falles die Notwendigkeit „Moralisch Schwachsinnige in der Schule" einer sorgfältigeren Beobachtung und Behandlung zu unterziehen, als es nach dem heutigen Schulsystem möglich sei.

Berkhan, Weygandt, Shuttleworth erörtern die Frage der „Schulen und die Erziehung epileptischer Kinder". *B.* hält die Zahl der epileptischen Schulkinder für so groß, daß Städte von 50—100 000 Einwohnern an eine Sonderklasse solche mit über 100 000 an eine Sonderschule für epileptische Kinder zu denken haben. Die besondere Schulung ist geboten nicht nur mit Rücksicht auf die Epileptischen selbst, deren Mehrzahl mit der Zeit geistig Not leidet, sondern auch wegen der gesunden Kinder, die dem schreckhaften Anblick epileptischer Anfälle nicht ausgesetzt werden sollen. Die Einrichtung der Schule wäre nach Art der Hilfsschulen zu organisieren.

Anderer Ansicht ist *W.*, der nach einer Übersicht über die wesentlichen klinischen Erscheinungen bei Epileptikern besonders im schulpflichtigen Alter zu dem Schluß kommt, daß eine Spezialisierung des Unterrichts epileptischer Schulkinder nicht angezeigt sei. Geistig Defekte gehören in Idiotenanstalten oder Hilfsschulen, sozial Bedenkliche in Fürsorgeerziehungs-Anstalten, Kinder mit schweren und häufigen Anfällen in rein ärztliche Behandlung, während Kinder mit nur leichten epileptischen Erscheinungen in der Normalschule unterrichtet werden können.

Shuttleworth „On the educational Treatment of epileptic children" fand unter 470 Fällen von Epilepsie im schulpflichtigen Alter 17 % befähigt, die Normalschule zu besuchen, bei 27,5 % erschien der Unterricht in Hilfsschulen geboten, bei 40 % der Aufenthalt in einer Epileptikeranstalt; bei 15 % konnte es sich überhaupt nicht um Unterricht, sondern nur um ärztliche Behandlung und Pflege handeln. *Sh.* kommt zu dem Schluß, daß Epilepsie im Kindesalter an sich noch nicht die Unfähigkeit zum Besuch der Normalschule bedingt. Alle epileptischen Kinder sollten in Listen eingetragen und ihre vorläufige Aufnahme der Oberschulbehörde mitgeteilt werden. Diese hätte dann festzustellen: 1. welche Kinder infolge schwerer körperlicher Komplikationen, z. B. Lähmungen oder ausgesprochener psychischer Störung von jedem Unterricht auszuschließen seien, 2. welche der Unterbringung in einer besonderen Anstalt bedürfen. 3. welche, wenigstens versuchweise in Hilfsschulen unterrichtet werden können, 4. Kinder, die an leichten Formen von Anfällen leiden und die intellektuell nicht erheblich Not gelitten haben, sollen die gewöhnlichen Schulen besuchen.

Sh. kommt also zu demselben Ergebnis wie *Weygandt*.

Digitized by Google

So vielfach auf dem Kongreß die Ansichten über die einzelnen Punkte der Schulhygiene, auch speziell des Unterrichtes nervenkranker und defekter Kinder, auseinandergingen, so hat die Versammlung doch den großen Wert gehabt, die wichtigsten Fragen auf diesem Gebiet zu offener Diskussion zu stellen und die Aufmerksamkeit der Behörden und des großen Publikums darauf zu richten.

Direktor *Kölle* u. Dr. *Ulrich*, Achtzehnter Bericht der schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich. Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1903.

Der Bericht zerfällt wie die früheren in den des Direktor *F. Kölle* und den ärztlichen Bericht des Dr. *Ulrich*.

K. bringt neben den Mitteilungen über die Geschichte der Anstalt im Berichtsjahr und einzelnen kasuistischen Mitteilungen einen sehr lesenswerten Artikel über die Erziehung epileptischer Kinder.

Es ist der letzte Bericht *K.*s, der am 9. März gestorben ist.

K. hat sein ganzes Leben der Arbeit an Epileptischen und Schwachsinnigen gewidmet; früher in Winterbach und Stetten, seit 1886 in Zürich. Er war dorthin zur Einrichtung und Leitung der schweizerischen Anstalt für Epileptische berufen worden. Er hat diese Aufgabe glänzend gelöst. *K.* war ein hochbegabter Mann, der geborene Pädagoge, der aber der Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit eine vollkommen gerechte Würdigung widerfahren ließ. Er hat nicht nur in praktischer, aufopfernder Arbeit Großes geleistet, sondern er war auch mit Erfolg literarisch auf dem Gebiet der Heilpädagogik tätig.

Nicht nur bei denen, die den vortrefflichen Mann persönlich gekannt haben, auch in allen Kreisen, die sich für die Entwicklung der Idioten- und Epileptikerfürsorge interessieren, wird sein Andenken in hohen Ehren bleiben.

Aus dem ärztlichen Bericht erfahren wir, daß von 38 im Berichtsjahr Ausgetretenen 4 als genesen, 22 als gebessert entlassen wurden. Bei zwei der als genesen Entlassenen ist die heilsame Wirkung der Alkoholabstinenz besonders ersichtlich.

Alt, Dritter Verwaltungsbericht der Landes-Heil-Pflege-Anstalt Uchtspringe. Für die Zeit vom 1. April 1897 bis 31. März 1899.

Der dritte Verwaltungsbericht über Uchtspringe gibt ein erfreuliches Bild schöner Entwicklung einer wissenschaftlich und technisch vorzüglich geleiteten Anstalt.

Der Bestand betrug am 1. April 1897: 624 Kranke, am 31. März 1899: 857 Kranke, darunter 428 Epileptische und 265 Idioten. Die Gesamtsumme der Verpflegten betrug in diesen zwei Jahren 1355, gestorben sind 134. Eine übersichtliche Tabelle gibt über Todesursache und Sektionsbefund Aufschluß.

Der Abschnitt Behandlungsergebnisse kann von verhältnismäßig recht guten Erfolgen berichten, insbesondere auch was Idioten und Epileptische

Digitized by Google

betrifft. Von den Epileptischen wurden 12,5% als geheilt, 34% als gebessert und nicht mehr anstaltsbedürftig bezeichnet. Mit Recht warnt A. vor kritikloser Bromdarreichung. Nicht ganz bin ich mit dem Verf. darin einverstanden, daß die symptomatische Epilepsie an Störung irgendwelcher nicht nervöser Apparate: Darmtraktus, Zirkulationsapparat, sehr häufig sich anschließe. Natürlich ist dem Rate A.s, in jedem einzelnen Falle nach solchen akzidentellen Schädigungen zu sehen, durchaus beizupflichten. Von der *Flechsig*schen Bromopiumkur und der *Bechterew*schen Bromadonisbehandlung wurden keine besonderen Erfolge gesehen. Von den neueren Brompräparaten wird Bromalin gerühmt, da es weniger als andere Präparate üble Nebenwirkungen zeige.

Die Familienpflege hat weitere Ausdehnung erfahren. A. hält darauf, daß den verheirateten Wärtern nicht nur Familienwohnung gewährt, sondern auch die Möglichkeit eines Familienlebens geboten werde. Einer Verbesserung bedarf die Einrichtung noch durch Erweiterung der Arbeitsgelegenheit für die in den Familien Verpflegten. Kranke mit Neigung zur Unreinlichkeit und Epileptiker mit häufigen Anfällen eignen sich nicht für häusliche Verpflegung.

Im allgemeinen aber waren die Ergebnisse der Familienbehandlung recht günstig und meist hat sich ein durchaus erfreuliches Verhältnis zwischen Pflegern und Pflegebefohlenen entwickelt. Besonders vorteilhaft ist die Familienpflege auch als Übergangsstation für rekonvaleszente Geisteskranke.

Sehr lesenswert ist der Abschnitt: Laboratorien, wissenschaftliche Arbeiten. Die zahlreichen wertvollen Publikationen, die von der Uchtspringer Anstalt ausgehen, liefern den besten Beweis für die intensive und planmäßige Art, in der dort gearbeitet wird. In der Poliklinik wurden in der Berichtszeit 303 Patienten, vorwiegend natürlich Nervenkranke, behandelt. Die Beschäftigung der Kranken in Feldarbeit und im Handwerk ist in ausgedehnter Weise organisiert. In dem Abschnitt Gottesdienst, Schule ist namentlich der Nachweis beherzigenswert, daß in vielen Fällen die psychische Besserung Schwachsinniger unmittelbar an die ärztlicherseits erreichte Hebung des allgemeinen Kräftezustandes und Beseitigung von körperlichen Krankheiten sich anschließt.

10. Anstaltswesen.

Ref.: Heinr. Laehr-Zehlendorf.

Weygandt, Verhütung der Geisteskrankheiten. Würzb. Abhdl., Bd. VI, H. 6, S. 167—198.

Die durch Jahrhunderte genährten Vorurteile gegen Geisteskranke und deren Heilanstalten im Publikum zu beseitigen, bedarf es der Zeit und der Bemühungen vieler. Die Gegenwart unterstützt letztere. Die Psychiatrie, erst seit kurzem in den Studienplan der Ärzte aufgenommen, wird jetzt

Digitized by Google

Gemeingut der Hausärzte, an allen deutschen Universitäten sind Kliniken eröffnet und die mannigfachen Schriften von Psychiatern sind unermüdet, darüber aufzuklären. Heilstätten für minderbemittelte Nervenkranke entstehen und werden zur Verhütung des Entstehens von Psychosen beitragen.

Zu jenen Schriften gehört auch obige, und wir machen auf sie behufs Verbreitung im Kreise der Hausärzte und der Laien aufmerksam, nachdem die Hygiene eine neue Macht für die Sicherung der Gesundheit geworden ist. Verf. erörtert besonders die Heredität und den Alkoholismus als hervorragende Krankheitserreger.

Berkhan, O., Über den angeborenen und früherworbenen Schwachsinn, Geistesschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches. Für Psychiater, Kreis- und Schulärzte. Braunschweig, Vieweg, 1904. 98 S., 2,40 M., 2. Aufl.

Verf. erläutert die Ursachen des Schwachsinnes, die ersten Lebensjahre bei angeborenem Schwachsinn, die cerebrale Kinderlähmung, Sprechstörungen, Epilepsie, das Stammeln im Sprechen, Schreiben und Lähmungen, die Taubstummheit, die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum, die Aprosexie als deren Folge, die Entstehung der Hilfschule für schwachsinnige Kinder in Braunschweig, die Grundsätze der Schulen für sie, die Versuche einer Verhütung des Schwachsinnes, endlich die Beziehungen zu den Gerichten in Strafsachen, Entmündigung und beim Militär. In einem Nachtrage fügt er einige besondere Gruppen unter den Schwachsinnigen hinzu, spricht über die mit Wasserkopf behafteten, die mikrocephalen, kretinischen Schwachsinnigen und den Mongolentypus derselben, über eigentümliche Erscheinungen bei Schwachsinn, zumal den krankhaften Wandertrieb. Verf. beherrscht den Gegenstand, und das Buch ist daher jedem Arzte nützlich.

Sénat de Belgique Fevr. 1904, Proposition de revision de la loi sur le régime des aliénés et développements par le Comte de Kerchove de Denterchem et Ad. Devos. Brux. 1904.

Revisionsprojekt des Gesetzes vom 18. Juni 1850, modifiziert durch das vom 28. Dez. 1873, in Belgien.

Dr. *Marcus Wyler*, Für ein eidgenössisches Irrengesetz. Tatsachen, Gedanken und Wünsche. Basel, bei Adolph Geering, 1905, III S. 1 M.

Verf. will, nachdem die Bewegung für die vom Verein schweizerscher Irrenärzte angenommenen „Grundsätze für ein Bundesgesetz zum Schutze der Geisteskranken" im Sande verlaufen ist, aufs neue dazu anregen und die

Digitized by Google

öffentliche Meinung dafür gewinnen. Er teilt die Mängel und die Verschiedenheit der gesetzlichen Bestimmungen in den einzelnen Kantonen mit, von denen nur die von Waadt und Genf gerühmt werden, macht auf besonders üble Zustände auch im Auslande aufmerksam, wobei in Preußen doch die Verhältnisse anders sind, als er aus einzelnen Verordnungen schließt, teilt auf 20 Seiten die Entwicklung der Irrenanstalt für Appenzell bei Herisau mit, die unter mancherlei persönlichen Widerwärtigkeiten zustande kam, empfiehlt den Kantonen, die Oberaufsicht einer eidgenössischen Irrenkommission abzutreten und stellt für diese eine Anzahl Thesen auf, die sie auszuführen habe.

5. Bericht der Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow". (Dir. Dr. *Max Laehr.*)

Bestand 58 (32 M. 26 Fr.), aufgenommen 532 (281 M. 251 Fr.), abgegangen: geheilt 10 (8 M. 2 Fr.), gebessert 316 (169 M. 147 Fr.), ungebessert 196 (102 M. 94 Fr.), gestorben 1 M., blieben Ende 1903 67 (34 M. 33 Fr.). Geheilt resp. gebessert entlassen 75 %. Unterstützung durch 2 Damengruppen. Ein Pförtnerhaus nötig und gebaut. Ein Direktorhaus erbaut. Ein dritter Krankenblock im Bau. Eine Filiale für die Entlassenen beabsichtigt als zeitweilige Heimstätte zu weiterer Kräftigung. Mitgliederzahl des Vereins 487. Ausgaben des Betriebes 115 340 M.

Bericht der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Potsdam pro 1903. (Dir. Dr. *Kluge.*)

Bericht zum ersten Male veröffentlicht. Zunächst Geschichte der Entwicklung dieser in Deutschland ersten nur für Epileptische als offen 1886 im Neubau gegründeten Anstalt. Infolge des Gesetzes vom 11. Juli 1891 ging sie in die Hände der Provinz über, die sie mit einer geschlossenen Abteilung verband. Bestand Anfang 1903 341 Kranke (136 M. 141 Fr., 40 Knaben und 24 Mädchen). Zuwachs 32 M., 9 Fr., 2 Mädchen. Abgegangen: geheilt 12, gebessert 22, ungeheilt 6, in andere Anstalt 4, zu Angehörigen 20, entwichen und wieder eingeliefert 13, gestorben 15, zum zweiten Male und öfter zugegangen 10. Blieben am 31. Dez. 381 (168 M. 150 Fr. 37 Knaben und 26 Mädchen). Von frischen Fällen fanden nur 4 Aufnahme. Von den aufgenommenen Kindern waren 16 bildungsfähig. Bettbehandlung in großem Umfange (20 %). Isolierung nicht zu entbehren. Dauerbäder oft von Nutzen. Brombehandlung individualisiert in 90 %. Bromismus wurde nicht beobachtet. Ein Erfolg von der *Flechsig*schen Behandlung ließ sich nicht konstatieren, bei Status Chloral in hohen Dosen und Amylenhydrat. Beschäftigung in 75 %. Anstaltsfeuerwehr vorhanden. Bau eines Aufnahme- und Überwachungshauses für 50 M. begonnen.

Digitized by Google

Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau vom 1. April 1903 bis 1904. (Primärarzt Dr. *Hahn.*)

Die Neuorganisation der Nachtwachen hat sich bewährt. Großer Wechsel des Pflegepersonals, namentlich des weiblichen, hauptsächlich durch Überfüllung mit unruhigen, gewalttätigen Kranken. In der Anstalt vorgebildet, suchen sie dann in den anderen Krankenanstalten Unterkunft. Von den 100 in Kursen ausgebildeten Pflegepersonen sind jetzt noch 14 im Dienst. Wirkung prolongierter Bäder. Übelstände, daß die Anstalt auch Unfallstation ist. 9 Ärzte besuchten den Fortbildungskurs.

Bestand 246 (129 M. 117 Fr.), Aufnahme 749 (524 M. 225 Fr.), entlassen 777, davon geheilt 256, gebessert 224, ungeheilt 183, gestorben 114, blieben 218 (118 M. 100 Fr.). Ausgabe 239 447 M., pro Kopf und Tag 2,93 M. Geheilt entlassen nach einer Aufenthaltsdauer bis 1 Tag 3, bis 2 Tage 6, bis 3 Tage 11, bis 5 Tage 17, bis 9 Tage 12, bis 14 Tage 47, bis 19 Tage 22, bis 24 Tage 6, bis 29 Tage 4, bis 39 Tage 3, bis 49 Tage 1, bis 74 Tage 3, bis 99 Tage 2, bis 149 Tage 2, bis 199 Tage 5, bis 299 Tage 5, bis 1 J. 1, bis 2 J. 2. An Paralyse behandelt 111 (87 M. 24 Fr.), an del. pot. 235 (206 M. 29 Fr.), zur Beobachtung und nicht-irre 2.

11. Bericht der Provinzialanstalt Freiburg-Schlesien für 1903. (Dir. Dr. *Buttenberg.*)

Ein Gut von 50 ha mit Wohngebäuden, nahe der Anstalt, ist angekauft, für 30 Kranke und 3 Pfleger bestimmt. Bestand inkl. der Beurlaubten 665 (321 M. 344 Fr.). Aufnahme 112 (48 M. 64 Fr.), worunter mit Dem. par. 8 (6 M. 2 Fr.) und 1 M. nicht-irre, entlassen 5 (3 M. 2 Fr.), gebessert 19 (5 M. 14 Fr.) ungeheilt 51 (16 M 35 Fr.), gestorben 27 (13 M. 14 Fr.), an Tuberkulose 5, an Herzlähmung 2, blieben 675 (332 M. 343 Fr.). Kosten 266 618 M.

Bericht über die Provinzialirrenanstalt Brieg pro 1902/3. (Dir. Dr. *Petersen.*)

Bestand 464 (219 M. 245 Fr.), davon beurlaubt 23 (12 M. 11 Fr.), Aufnahme 143 (75 M. 68 Fr.), Abgang: nicht-geisteskrank 2 M., geheilt 20 (9 M. 11 Fr.), gebessert 17 (8 M. 9 Fr.), ungeheilt 24 (11 M. 13 Fr.), gestorben 31 (17 M. 14 Fr.), blieben 513 (247 M. 266 Fr.), davon beurlaubt 29 (12 M. 17 Fr.), in Familienpflege 20 (10 M. 10 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 14 (11 M. 3 Fr.), hereditär belastet 67 = 47 %, an trunksüchtig 13. Von den Geheilten genasen unter 6 Mon. 18, unter 12 Mon. 2. Es starben an Herzlähmung 3, an Lungenentzündung 3, an Tuberkulose 8, an Krebs 4. Künstliche Ernährung bei 11 nötig. 14 Entweichungen. Beschäftigt 42 %. Prolongierte Bäder namentlich bei Erregungen nützlich.

Digitized by Google

Familienpflege begonnen, 14 in der Stadt, 6 in Briegischdorf. Ausgaben 195 407 M.

Bericht der Heilanstalt Rybnik. (Dir. D. *Zander.*)

Die Zahl der Kranken auf 800 vermehrt. Die Hälfte in freien Abteilungen. Zahl der Ärzte von 4 auf 6 erhöht.

1. Bericht der Pommerschen Provinzialanstalt zu Treptow a. R. pro 15. Februar 1899 bis 31. März 1903. (Dir. Dr. *Merklin.*)

Entstehungsgeschichte der Anstalt: Kosten 2 209 814 M. (182 518 M. für innere Einrichtung) für 500 Betten. Lage und Baulichkeiten der Anstalt. Vom 15. Febr. 1900 bis 31. März 1900 war Bestand 281 (150 M. 131 Fr.), Abgang 4 (2 M. 2 Fr.), blieben 277 (148 M. 129 Fr.), dazu Zugang vom 1. April 1900 bis 1901 191 (88 M. 103 Fr.), Abgang 85 (37 M. 48 Fr.), blieben 283 (199 M. 184 Fr.), dazu vom 1. April 1901 bis 1902 168 (83 M. 85 Fr.), Abgang 118 (56 M. 62 Fr.), blieben 433 (226 M. 207 Fr.), dazu vom 1. April 1902 bis 1903 214 (126 M. 88 Fr.), Abgang 174 (100 M. 74 Fr.), blieben 473 (252 M. 221 Fr.). In der gesamten Berichtszeit wurden entlassen: geheilt 24 (17 M. 7 Fr.), gebessert 106 (54 M. 52 Fr.), ungeheilt 85 (54 M. 31 Fr.), starben 166 (70 M. 96 Fr.). Todesursache war bei 9 Herzleiden, bei 39 Tuberkulose, bei 25 Mar. sen., bei 5 Karzinom. Zur Beobachtung übergeben 26. Es entwichen in dieser Zeit 57. Kein Suicid. Behandlung. Beschäftigung, Beköstigung der Kranken. 13 konnten der Pflege von Pflegerfamilien übergeben werden. Eine Anzahl entlassener Kranken konnten der Fürsorge der inneren Mission überlassen werden, wofür die Provinz 1000 M. für die drei Anstalten überwiesen hat. Die Zahl der irren Verbrecher ist stetig gewachsen und drängt zur Abhilfe. 80 Morgen Wiesen, 200 Morgen Ackerland.

Bericht der Provinzialheilanstalt Eichberg pro 1902/3. (Dir. Dr. *Bothe.*)

Bestand 668 (341 M. 327 Fr.), Zugang 211 (121 M. 90 Fr.), entlassen: genesen 14 (7 M. 7 Fr.), gebessert 53 (23 M. 30 Fr.), ungebessert 61 (44 M. 17 Fr.), nicht-irre 2 M., gestorben 62 (32 M. 30 Fr.), bleiben 687 (354 M. 333 Fr.). Im Zugange waren 20 (16 M. 4 Fr.) mit Paralyse. In Freistellen konnten 8 aufgenommen werden, in 38 Fällen spielte die Trunksucht eine erhebliche Rolle, 55 waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Zur Beobachtung kamen 16. Es starben an Lungentuberkulose 9, an Arteriosklerose 5, an Herzleiden 2, an Krebs 2. In der Familienpflege blieben 54. 8 Entweichungen.

Digitized by Google

Bericht der Provinzialheilanstalt Weilmünster pro 1903/4. (Dir. Dr. *Lantzius-Beninga.*)

Bestand 679 (315 M. 364 Fr.). Zugang 191 (118 M. 73 Fr.), von Entweichung zurück 1 M., Abgang: geheilt 24 (11 M. 13 Fr.), gebessert 66 (55 M. 11 Fr.), ungeheilt 7 (4 M. 3 Fr.), nicht-irre 1 M., gestorben 47 (21 M. 26 Fr.), blieben 726 (342 M. 384 Fr.). Unter den Aufnahmen 20 (14 M. 6 Fr.), mit Paralyse, mit Alkoholismus 26. Die Alkoholisten ein Kreuz für die Anstalten; ferner 48 mit dem Strafgesetz in Konflikt Gekommene. Es starben an Herzlähmung 4, an Tuberkulose 11. Neubau von 2 Pavillons. Auf jeder Geschlechtsseite 4 Wachabteilungen. Einführung der schottischen Nachtwache. Bettruhe bei Frauen 140, bei Männern 77. Dauerbäder. Schlundsonde in 12 Fällen. In Arbeit ca. 110 M. und 110—120 Fr. Ausgabe 176 627 M.

Bericht der Provinzialanstalten der Rheinprovinz pro 1903/4.

Bestand 3970 (2069 M. 1901 Fr.), Zugang 2482 (1449 M. 1033 Fr.). Abgang: genesen 494 (256 M. 238 Fr.), gebessert 665 (403 M. 262 Fr.), ungeheilt 553 (343 M. 210 Fr.), gestorben 519 (292 M. 227 Fr.), nicht-irre 58 (52 M. 6 Fr.). Vor der Aufnahme litten an Paralyse 278 (222 M. 66 Fr.), an del. potat. 66. Todesursache: Lungenkrankheiten 103, Herzleiden 64, Unglücksfälle 5, Suicid 6. Es blieben 4163 (2172 M. 1991 Fr.). Von den 6452 in allen Anstalten Verpflegten starben an Tuberkulose 519, das ist 8%, waren 14 Entbindungen. Fälle von Mißbrauch des Alkohols bewegten sich zwischen 5% und 19%. Arzneien und Verbandmittel 30 711 M. Mit dem Strafgesetze in Konflikt 716 M. und 106 Fr. Kosten pro Kopf und Tag 1,63 M. An Unterstützungsgeldern verabreicht 11 353 M. Der Neubau der Anstalt Johannisthal bei Süchteln dürfte Frühjahr 1905 vollendet sein. Im Bewahrungshause der Anstalt Düren sind 57 irre Verbrecher verpflegt. Ausgabe 3 028 990 M.

Die Rheinischen Provinzialanstalten Grafenberg, Merzig und Andernach in ihrer Entwicklung, Entstehung und Verfassung dargestellt. 1904, 4°, 159 S.

Grafenberg. Terrain jetzt 61 ha Für 300 Kr. erbaut, wurde sie für 750 Kr. umgebaut und seit 1797 1 409 422 M. dazu verwendet. Seit der Eröffnung 1876 wurden aufgenommen 11 279 (6043 M. 5236 Fr.), entlassen 10 544 (5651 M. 4893 Fr.), blieben 1901 735 (392 M. 343 Fr.). Entlassen: geheilt 2691 (1287 M. 1404 Fr.), darunter mit Paralyse 12 (11 M. 1 Fr.), mit Epilepsie 43, mit del. pot. 121, gebessert 2326 (1232 M. 1094 Fr.), ungeheilt 3692 (1939 M. 1753 Fr.), gestorben 1740 (1108 M. 632 Fr.), nicht-irre 95. Es starben an Herzleiden 93, an Tuberkulose 187, am Suicid 25 (21 M. 4 Fr.), an Unglücksfällen 3; 36 Entbindungen. Isolierung bei Frauen ließ sich in der letzten Zeit nicht ganz umgehen. Im Bett lagen 1901 durchschnittlich täglich 19 M. und 32 Fr. Arbeitende 51%.

Merzig. Gegenwärtig für 720 Kranke. In einzelnen Fällen Isolierung erforderlich. Im „Hause der Bettbehandlung" für 63 Platz, Nachteile bisher nicht beobachtet. Etwa ein Drittel der Kranken liegt im Bett, unterstützt durch feuchtwarme Einpackung und Dauerbad. Von Narcoticis wird Sulfonal und Scopolamin-Morphin benutzt. Nach und nach wurden überall, auch in den oberen Stockwerken, die Fenstergitter beseitigt, die Ökonomie wurde nach dem Wiesenhofe verlegt. Für die Neuorganisation wurden 1 030 000 M. bewilligt. Seit Eröffnung der Anstalt 1876 aufgenommen 4766 (2603 M. 2163 Fr.), Bestand Ende 1887 494 (250 M. 244 Fr.), darnach aufgenommen 3074 (1686 M. 1388 Fr.), Abgang nicht-irre 43 (36 M. 7 Fr.), genesen 735 (353 M. 382 Fr.), gebessert 483 (280 M. 203 Fr.), ungeheilt 835 (515 M. 320 Fr.), gestorben 734 (378 M. 356 Fr.), blieben 738 (374 M. 364 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Genesenen bei 381 bis 1 Mon., bei 190 bis 3 Mon., bei 75 bis 6 Mon., bei 24 bis 12 Mon., bei 22 bis 2 J., bei 20 über 2 J., unbestimmt bei 23; ganze Krankheitsdauer bei 26 bis 1 Mon., bei 99 bis 3 Mon., bei 125 bis 6 Mon., bei 89 bis 12 Mon., bei 36 bis 2 J., bei 6 über 2 J. Mehr Frauen und mehr nicht Erbliche geheilt. Es starben an Tuberkulose 134, an Karzinom 18, an Atmungskrankheiten 87, an Herzleiden 75, an gewaltsamen Todesarten 9. Areal jetzt 67 ha.

Andernach. 1876 für 200 Kranke eröffnet. Zugang von Kranken von Eröffnung 1876 bis Ende 1903 4609 (2412 M. 2197 Fr.), darunter dem. par. 358 (290 M. 68 Fr.), Epilepsie 225 (120 M. 105 Fr.), Delirium potatorum 31, nicht-irre 46. Abgang: geheilt 972 (429 M. 543 Fr.), gebessert 972 (537 M. 435 Fr.), ungeheilt 1457 (780 M. 677 Fr.), gestorben 786 (458 M. 328 Fr.). Todesursache bei 352 Krankheiten der Atmungsorgane 251, Herzleiden 45. Unglücksfälle 3, Suicide 8. Seit 1898 hat jede Isolierung aufgehört. Ausgedehnte Anwendung von verlängerten warmen Bädern, seltener von Einpackungen, Bäder von 10 Stunden Dauer sind sehr häufig. Auf jeder Geschlechtsseite wachen nachts 4 Pflegepersonen. Kosten pro Kopf und Tag 1,45 M. Gesamtkosten der Anstalt 4 310 607 M. 16 Tafeln mit Abbildungen von Gebäuden und Lageplänen vervollständigen den würdig ausgestatteten Bericht.

Rheinische Provinzialheilanstalt Galkhausen. 1904, 4°.

Der Rheinische Provinziallandtag hatte in der Sitzung vom 16. März 1897 beschlossen, die vorhandenen Anstalten zu vervollständigen, die Stellung der Beamten zu verbessern, zwei neue Anstalten zu je 800 Betten für Geisteskranke und für Epileptische nebst Geisteskranken zu erbauen. Galkhausen wurde für die erstere 1897 in Angriff genommen, welche vorzugsweise zur Aufnahme von Geisteskranken aus der Stadt Köln dienen sollte. 114 ha Terrain. Wasser 300 Liter pro Kopf, Schwemmkanalisation, Niederdruckdampfheizung, elektrische Beleuchtung. Kosten 3 790 000 M., pro Bett 4737 M. Eine Villa für 40 ruhige Kranke kostet 60 000 M. ohne Inventar. Die vorliegende statt-

Digitized by Google

liche Schrift gibt eine detaillierte Beschreibung und gewährt durch 34 treffliche Illustrationen einen klaren Einblick.

Bericht der Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt a. M. vom April 1903 bis 1904. (Dir. Dr. *Sioli*).

Bestand 362 (205 M. 157 Fr.), Zugang 1123 (847 M. 276 Fr.), Abgang 1098 (830 M. 268 Fr.), blieben 387 (222 M. 165 Fr.), davon in der Hauptanstalt 324, in Filiale A (Scheidwoldsstr.) 46, in Filiale B (Köppern) 17 M. Von den 1123 Aufgenommenen waren in der Irrenabteilung 647, in der epileptischen (offen) 476. Aufnahmen durch den Direktor 1049, durch die Polizei 60, durch die Staatsanwaltschaft 12, durchs Militär 2. An Alkoholismus aufgenommen 76, mit dem. par. 75 (59 M. 16 Fr.). Die Filiale in Köppern nahm frei 16 Trunksüchtige auf, die bei Abstinenz sich erholten. Abgang: genesen 7, gebessert 138, ungeheilt 78, gestorben 13. Todesursache Herzlähmung bei 11, Tuberkulose bei 9, Suicid bei 1. Neue Bäder werden Tag und Nacht benutzt und sind ein enormer Fortschritt in der Behandlung aufgeregter Kranken. Kosten 523 273 M.

Bericht der Provinzialanstalt zu Owinsk pro 1903/4. (Dir. Dr. *Werner*.)

Bestand Ende März 1903 717 (342 M. 375 Fr.), Aufnahme 253 (138 M. 115 Fr.), Abgang infolge Beurlaubung und endgültiger Entlassung 103 (56 M. 47 Fr.), entwichen 1 M., gestorben 55 (34 M. 21 Fr.), blieben 811 (389 M. 422 Fr.). Ende März 1903 waren voraussichtlich heilbar 103, unheilbar 613, nicht-irre 1, litten an Paralyse 33 (25 M. 8 Fr.), waren mit dem Strafgesetz im Konflikt 50, zur Beobachtung 5, Aufenthaltsdauer der Geheilten bei 3 bis 3 Mon., bei 21 bis 6 Mon., bei 14 bis 12 Mon., bei 2 bis 2 J., bei 1 bis 5 J. Es starben an Herzleiden 3, an Tuberkulose 15, an Suicid 1. Areal 33 ha. Beschäftigt 46%. Gesamtausgabe 367 180 M., pro Kopf und Jahr 474 M.

Bericht der Provinzialanstalt zu Kosten pro 1902/3. (Dir. Dr. *Dluhosch*.)

Bestand 634 (344 M. 290 Fr.), Zugang 150 (70 M. 80 Fr.), Abgang durch Beurlaubung und Entlassung 23 (14 M. 9 Fr.), gestorben 33 (19 M. 14 Fr.), blieben 728 (381 M. 347 Fr.), darunter Minderjährige und Idioten 149. Es genasen nach 6 Mon. 2, nach 12 Mon. 3. Es starben an Tuberkulose 13, an Herzleiden 2. Terrain 95 ha. Kosten 271 866 M., pro Kopf und Jahr 381 M.

Digitized by Google

Bericht der Provinzialirrenanstalt zu Schwetz pro 1903. (Dir. Dr. *Schauen.*)

Bestand 463 (236 M. 227 Fr.), Zugang 62 (42 M. 20 Fr.), ausgeschieden 59 (36 M. 23 Fr.), darunter genesen 8 (7 M. 1 Fr.), gebessert 11 (7 M. 4 Fr.), ungeheilt 7 (4 M. 3 Fr.), gestorben 29 (14 M. 15 Fr.), blieben 466 (242 M. 224 Fr.), Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 3 Mon. bei 2, bis 4 Mon. bei 1, bis 6 Mon. bei 1, bis 9 Mon. bei 1, bis 10 Mon. bei 1, bis 2 J. bei 2. Es starben an Herzleiden 6, an Tuberkulose 5. 1 entwich. Ausgabe 254005 M.

Bericht der Westpreußischen Provinzialanstalt Conradstein pro 1903. (Dir. Dr. *Kroemer.*)

Bestand 962 (488 M. 474 Fr.), Aufnahme 335 (177 M. 158 Fr.), ausgeschieden 247 (135 M. 112 Fr.), davon geheilt 59 (34 M. 25 Fr.), gebessert 67 (42 M. 25 Fr.), ungeheilt 35 (23 M. 12 Fr.), gestorben 86 (36 M. 50 Fr.), blieben 1050 (530 M. 520 Fr.). Aufgenommen wurden im beschleunigten Verfahren 136. Unter den Aufgenommenen 24 mit Paralyse (13 M. 11 Fr.), mit Alkoholismus 10, nicht-irre 3. Davon als Ursache Epilepsie 12mal, Unfall und Kopfverletzung 12mal, Syphilis 19mal, Trunksucht 48mal, Infektionskrankheiten 10mal, Vagabondieren 12mal, Heredität war 102mal da, mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 73. Bestand von geisteskranken Zuchthäuslern 46. Zur Unterbringung letzterer lediglich im öffentlichen und polizeilichen Interesse ist nach Entscheidung des Bundesrates vom 2. Okt. 1897, 17. Febr. 1900 und 24. Okt. 1903 die Provinz nicht verpflichtet. In Familienpflege sind 48. Zu diesen Familien gehörten 11 Krankenpfleger und 19 andere. Aufenthaltsdauer der Genesenen bei 1 bis 1 Mon., bei 1 bis 2 Mon., bei 17 bis 3 Mon., bei 25 bis 6 Mon., bei 10 bis 1 J., bei 2 bis 2 J. und mehr. Deren Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 20 bis 1 Mon., bei 2 bis 2 Mon., bei 12 bis 3 Mon., bei 5 bis 6 Mon., bei 1 bis 1 J., bei 16 bis 2 J. und mehr. Bettlägerige Kranke 20%. Es starben an Brustentzündung 23, an Phthisis 6, an Lungenbrand 5, an Herz- und Gefäßleiden 16, an Nierenleiden 1, an Krebs 4. Durchschnittlich arbeiteten 417. Ackerfläche 218 ha, 34 Pferde und 70 Kühe. Ausgaben 531 439 M. Üble Erfahrungen mit den Wartpersonen, die von einer Berliner Anstalt zum Austritt verlockt wurden. Geschäftssummen 10 372 M.

Bericht der Provinzialanstalt zu Dziekanka pro 1903/4. (Dir. Dr. *Kayser.*)

Die Dauerwachen in dem Wachsaal der Aufnahmeabteilung und in den Pavillons für Sieche und Unruhige haben sich vorzüglich bewährt. Isolierungen und Unreinlichkeit sind erheblich heruntergegangen. Überfüllung: etatsmäßige Belegung 650, Bestand 769. Von 21 Krankenpavillons sind nur noch 4 mit Gittern versehen. Prolongierte Bäder bei Unruhe sehr nützlich.

Digitized by Google

Bestand 736 (357 M. 379 Fr.) ausschließlich Beurlaubter, Zugang 202 (118 M. 84 Fr.), Abgang in Beurlaubung und endgültiger Entlassung 109 (64 M. 45 Fr.), entwichen 3 M., gestorben 57 (23 M. 34 Fr.), blieben 769 (385 M. 384 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Manie 6, an Melancholie 15, an dem. par. 34 (26 M. 8 Fr.), an Alcoholismus chronicus 10 M., nicht-irre 2, erblich 40 %, mit Strafgesetz in Konflikt 38, zur Beobachtung 3. Abgang: geheilt 23, gebessert 51, ungeheilt 35, nicht-irre 3, gestorben 57, Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 1 Mon. bei 3, bis 2 Mon. bei 5, bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 5, bis 12 Mon. bei 5. Es starben an Herzleiden 5, an Lungenentzündung 2, an Suicid 1, an Tuberkulose 16. Anstaltsgebiet 21 ha, dazu noch 5 ha. Feuerversicherung 1 614 500 M., das Inventar 324 300 M., Ausgaben 364 243 M.

Bericht der Westpreußischen Anstalt zu Neustadt i. Westpr. pro 1903. (Dir. Dr. *Rabbas.*)

Bestand 493 (251 M. 242 Fr.), Aufnahme 92 (51 M. 41 Fr.), ausgeschieden 72 (42 M. 30 Fr.), blieben 513 (260 M. 253 Fr.). Seit Bestehen der Anstalt vom 10. Okt. 1883 verpflegt 2705. Entlassen: geheilt 13 (8 M. 5 Fr.), gebessert 19 (10 M. 9 Fr.), ungeheilt 13 (10 M. 3 Fr.), gestorben 27 (14 M. 13 Fr.). Ursache der Erkrankung bei den Aufgenommenen war 6mal Kopfverletzung, 6mal Syphilis, 7mal Trunksucht. Erbliche Belastung bei 36 (30 %). Aufenthaltsdauer der Geheilten bei 1 bis 1 Mon., bei 1 bis 3 Mon., bei 1 bis 6 Mon., bei 7 bis 1 J., bei 2 bis mehr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Geheilten bis 1 Mon. bei 8, bis 2 Mon. bei 2, bis 6 Mon. bei 1, bis 2 J. und mehr bei 1. Veronal meist mit Erfolg gebraucht. Bettbehandlung, Bäder, nasse Einpackungen mit Erfolg. 2 Entweichungen, deren Verbleib bis jetzt nicht bekannt. Sondenfütterung mehrere Male notwendig. Todesursache 6mal Tuberkulose, 3mal Herzleiden. In der Landwirtschaft wurden 48 ha bearbeitet. Ausgabe 291 390 M.

Bericht der Irrenanstalten Allenberg, Kostau und Tapiau, Ostpr., pro 1903.

Bestand 2378 (1159 M. 1219 Fr.), Aufnahme 642 (334 M. 308 Fr.), entlassen: genesen 85, gebessert 216, ungeheilt 81, gestorben 163, nicht-irre 5. In Tapiau schieden 18 aus. In Familienpflege 54 (39 M. 15 Fr.). Areal in Allenberg 93 ha. Ein Wärter wurde von einem Zuchthäusler erschlagen. In Tapiau Bestand 64 besonders gemeingefährliche Kranke. Neu aufgenommen 11, ausgeschieden 9.

83. Bericht der Provinzialanstalt Schleswig pro 1. April 1903/4. (Dir. Dr. *Kirchhoff.*)

Bestand 856 (479 M. 377 Fr.), Aufnahme 380 (203 M. 177 Fr.), entlassen: geheilt 55 (27 M. 28 Fr.), gebessert 93 (56 M. 37 Fr.), ungeheilt 103

Digitized by Google

(49 M. 54 Fr.), gestorben 80 (44 M. 36 Fr.), nicht-irre zur Beobachtung 6 M., blieben 899 (500 M. 399 Fr.). Von den 55 Genesenen litten an Schwermut 29, an Tobsucht 26 mit Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 21, bis 6 Mon. bei 16, bis 12 Mon. bei 16, bis 2 J. bei 2. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 22. Ursache der Psychose bei 4 Kopfverletzung, bei 2 Trauma, bei 8 Lues, bei 3 Typhus, bei 2 Malaria, bei 2 Influenza, bei 18 Trunksucht. Todesursache bei 7 Pneumonie, bei 11 Phthisis, bei 7 Herzleiden, bei 1 Suicid. Männerseite überfüllt. Großer Wechsel des Personals.

Bericht der Provinzialanstalt zu Göttingen pro 1903/4. (Dir. Dr. *Cramer*.)

Bestand 469 (295 M. 174 Fr.), Zugang 276 (151 M. 125 Fr.). Abgang: geheilt 6 (3 M. 3 Fr.), gebessert 83 (43 M. 40 Fr.), ungeheilt 105 (51 M. 54 Fr.), gestorben 44 (27 M. 17 Fr.), nicht-irre 16 (13 M. 3 Fr.), blieben 491 (309 M. 182 Fr.). Krankheitsursache der Aufgenommenen bei 86 Heredität, bei 18 Lues, bei 24 Alkohol. Der Anstaltsaufenthalt der Genesenen betrug 1 Mon. bei 1, bis 2 Mon. bei 1, bis 6 Mon. bei 3, bis 12 Mon. bei 1. Todesursache bei 6 Herzleiden, bei 3 Tuberkulose. Jede Angina wird zunächst als Diphtherie behandelt, die Zahl der Anginafälle ist erheblich zurückgegangen. Fälle von Ruhr, früher häufig, kamen nicht vor. Fußböden erneuert, statt Asphalt und Holz Parkett und Terrazzofußboden mit vorheriger Desinfizierung. Rose kam nicht mehr vor. Dampfniederdruckheizung hat sich vorzüglich bewährt. Statt hölzerner eiserne Bettstellen, daher leichter zu desinfizieren. Wachabteilungen bewährten sich. Rückgang der Isolierungen bis auf 1,0 %. Dauerbäder eingerichtet mit bequemer Lagerung. 4 Entweichungen. Prämien für gutes Wartpersonal hat sich bewährt. Tadel der ferneren Presse. In Familienpflege 24 am Ende des Jahres. Zur Beobachtung 16 M. 5 Fr., darüber Notizen.

Bericht der Provinzialanstalt zu Hildesheim pro 1903/4. (Dir. Dr. *Gerstenberg*.)

Bestand 702 (395 M. 307 Fr.), Aufnahme 166 (83 M. 83 Fr.), Abgang: genesen 31 (17 M. 14 Fr.), gebessert 31 (15 M. 16 Fr.), ungeheilt 65 (38 M. 27 Fr.), nicht-irre 5, (4 M. 1 Fr.), gestorben 52 (29 M. 23 Fr.), blieben 684 (375 M. 309 Fr.). Krankheitsursache bei 51 Heredität, bei 14 Trunksucht, bei 9 Syphilis, bei 8 Trauma, bei 4 Influenza, bei 10 Wochenbett. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 12 unter 6 Wochen, bei 8 bis 3 Mon., bei 40 bis 6 Mon., bei 19 bis 12 Mon., bei 1 bis 2 J.; Aufenthaltsdauer unter 6 Wochen bei 2, bis 3 Mon. bei 2, bis 6 Mon. bei 10, bis 12 Mon. bei 14, bis 2 J. bei 2, darüber bei 1. Überfüllung namentlich durch mit dem Strafgesetze in Konflikt Gekommene. Zuweilen Isolierungen nötig. Ein gewiegter Einbrecher in eine andere Anstalt versetzt, brach dort aus mit einem anderen und hatte diesem mitgeteilt, daß er in die Direktorwohnung zu Hildesheim

Digitized by Google

einbrechen werde. Trotz aller Vorsichtsmaßregeln geschah dies auch. Es starben an Tuberkulose 7, an Herzleiden 7. Ausgabe 101 505 M.

Bericht der Provinzialanstalt zu Lüneburg pro 1903/4. (Dir. Dr. *O. Snell.*)

Bestand 587 (264 M. 323 Fr.), Aufnahme 255 (154 M. 101 Fr.), Abgang: geheilt 25 (10 M. 15 Fr.), gebessert 62 (32 M. 30 Fr.), ungeheilt 47 (26 M. 21 Fr.), nicht-irre 1 M., gestorben 59 (30 M. 29 Fr.), blieben 648 (319 M. 329 Fr.). Unter den Aufnahmen 25 (20 M. 5 Fr.) Paralytische. Krankheitsursache bei 60 Heredität, bei 13 Alkohol, bei 9 Syphilis, bei 7 Körperleiden, bei 3 Trauma. Die geschlossene Anstalt überfüllt. 7 verschiedene Nachtwachen. 54 Aufnahmeanträge mußten abgelehnt werden. 7 zur Beobachtung überwiesen; Bericht über diese Fälle. 29 Bestrafte unter den Aufnahmen. Eine Frau, welche ihren Mann bei einem Fluchtversuch unterstützt hatte, wurde, angeklagt, freigesprochen, weil sie ihn erst unterstützt habe, nachdem er bereits ausgebrochen, seine Selbstbefreiung demnach vollendet war! Zahlreiche Entweichungsversuche. 2 Suicide, 1 in Gegenwart einer mit einer anderen Kranken beschäftigten Pflegerin durch einen Bindfaden. Todesursache bei 11 Tuberkulose, bei 7 Herzleiden, bei 4 Krebs. Der Tanz wurde bei einem starken Orchester gepflegt. Poliklinik für Nervenkranke eingerichtet. Wechsel des Pflegepersonals sehr groß.

Bericht der Provinzialheilanstalt zu Osnabrück pro 1903/4. (Dir. Dr. *Schneider.*)

Bestand 363 (147 M. 216 Fr.), Zugang 160 (58 M. 102 Fr.), abgegangen: geheilt 21 (12 M. 9 Fr.), gebessert 49 (14 M. 35 Fr.), ungebessert 25 (15 M. 10 Fr.), nicht-irre 5 M., gestorben 27 (8 M. 19 Fr.), blieben 398 (153 M. 245 Fr.). Unter den Aufnahmen 13 (6 M 7 Fr.) mit Paralyse, 14 infolge von Alkohol, 2 nach Kopftrauma, 1 nach Typhus, 1 nach Gelenkrheumatismus, 2 nach Influenza, 5 nach Lues. Aufenthaltsdauer der Genesenen bei 15 weniger als 6 Mon., bei 4 bis 12 Mon., bei 2 länger als 1 J. Todesursache bei 3 Lungenentzündung, bei 6 Phthisis, bei 3 Nierenschrumpfung. Von den 27 Wärtern sind 16 verheiratet. Wechsel des Wartpersonals gering. Das in Asphalt gelegte Parkett bewährte sich nicht. Mit den Entlassungen soll man nicht allzu ängstlich sein. Für Aufnahme zeigt sich die Ausfüllung vorgeschriebener Formulare unpraktisch. 5 Entweichungen ländlicher Arbeiter.

Bericht der Provinzialanstalt zu Langenhagen pro 1903/4. (Dir. Dr. *Völker.*)

Bestand 693 (418 M. 275 Fr.), Aufnahme 48 (28 M. 20 Fr.), entlassen 20 (13 M. 7 Fr.), gestorben 21 (14 M. 7 Fr.), blieben 700 (419 M. 281 Fr.), darunter 132 Epileptische. Entlassen: gebessert 11 (8 M. 3 Fr.), nicht ge-

Digitized by Google

bessert 9 (5 M. 4 Fr.). An Lungentuberkulose starben 6. Ausgaben 355382 M., pro Jahr und Tag für 1 Kranken 470 M. Großer Wechsel im Wartpersonale.

Bericht der Anstalt zu Leubus pro 1903/4. (Dir. Dr. *Alter*.)

Bestand 312 (167 M. 145 Fr.), Aufnahme 121 (63 M. 58 Fr.), Abgang: genesen 15 (5 M. 10 Fr.), gebessert 40 (22 M. 18 Fr.), ungeheilt 36 (16 M. 20 Fr.), gestorben 30 (17 M. 13 Fr.), blieben 312 (170 M. 142 Fr.). Ursache der Krankheit bei den Aufgenommenen war bei 49 Kranken (40 % o) Heredität. Alkohol bei 6, Kopfverletzung bei 4, Lues bei 4; an progr. Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), mit den Strafgesetzen in Konflikt 21, von 10 Krankheitsbericht. Todesursache bei 6 Tuberkulose, Decubitus bei 1, Herzlähmung bei 2. 4 Entweichungen. 1 Kranke auf dem Gutshofe wahrscheinlich von einem Kranken geschwängert. Ausgaben 179549 M., pro Kopf und Jahr 575 M. 97 Pf.

In der Pensionsanstalt blieben im Bestande 62 (28 M. 34 Fr.). Überschuß 7083 M. Vergrößerung des Terrains um 16 ha.

Bericht der Bezirksanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1903 4. (Oberarzt Dr. *Ranschoff*.)

Bestand 1460 (707 M. 753 Fr.), Aufnahme 389 (179 M. 210 Fr.), ausgetreten 124 (42 M. 82 Fr.), gebessert 54 (23 M. 31 Fr.), ungeheilt 32 (17 M. 15 Fr.), gestorben 126 (57 M. 69 Fr.), blieben 1513 (747 M. 766 Fr.). Areal in Stephansfeld 29 ha, in Hördt 11 ha, außerdem gepachtet für Steph. 656 Ar Acker und 1807 Ar Wiesen, für Hördt 407 Ar Wiesen. Auslagen 696858 M., pro Kopf und Jahr 476 M. Im Bestande 83 (40 M. 43 Fr.) mit Paralyse, 40 mit Alkoholismus, aufgenommen 31 (23 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 14 mit Alkoholismus. Aus der psych. Klinik in Straßburg wurden aufgenommen 69, aus den Strafanstalten 21, Alkoholmißbrauch als Ursache in 14 % o, 6 Kranke kamen zur Begutachtung. Beurlaubt 214. Todesursache 3mal Typhus, 2mal nicht epidemische Dysenterie, 1mal Erysipel, 35mal Tuberkulose, 30mal Krankheiten der Atmungsorgane, 12mal Herz- und Gefäßkrankheiten. Suicid kam nicht vor. Bei einer Sektion fand sich im Magen ein zweifaustgroßer Ballen von Strohhalmen, daneben Halstücher, Gummigurte; Pat. hatte Stroh gekaut, wenn der Tabak ausging. Besuche bei den Kranken 2784, in Hördt 255. Die Überfüllung war noch größer als im vorigen Jahre.

Bericht der Bezirksanstalt bei Saargemünd pro 1903. (Dir. Dr.

Bestand Ende März 1903 661 (302 M. 359 Fr.), Aufnahme 237 (140 M. 97 Fr.), ausgeschieden durch Entlassung 234 (123 M. 111 Fr.), durch Tod 64 (32 M. 32 Fr.), blieben 600 (287 M. 313 Fr.). Von den Entlassenen waren genesen 68, gebessert 109, ungeheilt 61. Überfüllung geblieben. Am 1. Januar 1903 waren unter den 640 Pfleglingen mit Paralyse 37 (24 M. 13 Fr.).

Digitized by Google

mit Alkoholismus 8; unter den Aufgenommenen mit Paralyse 47 (30 M. 17 Fr.), mit Alkoholismus 8, nicht-irre 9. Mit dem Strafgesetz waren vor der Aufnahme in Konflikt 34, bestraft 14, davon 10 wohl schon geisteskrank. Von den 47 mit Dem. par. waren 12 syphilitisch gewesen. Versetzung und Scopolamin waren bei Nahrungsverweigerung günstig. Bettbehandlung bei 14 %, beschäftigt 47 %. Beurlaubt 48. 923 Besuche durch Angehörige. Erysipel einheimisch. Schädelbruch eines Kranken durch plötzlichen Schlag eines anderen mit einem Schemel. Ausgabe 339 656 M. Areal 5840 a.

Bericht des Fürst Carl-Landesspitals in Sigmaringen pro 1903. (Dir. Dr. *Bilharz*.)

Bestand 126 (62 M. 64 Fr.), Zugang 24 (11 M. 13 Fr.). An Paralyse 2 M., an Alkoholismus 7 M. Entlassen: geheilt 1 Fr., gebessert 12 (5 M. 7 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 11 (5 M. 6 Fr.), blieben 122 (60 M. 62 Fr.) Auf der Abteilung für körperlich Kranke war Bestand Ende 1903 24, auf der Abteilung für Pfründner 97.

Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1903. (Dir. Dr. *Vocke*.)

Bestand 745 (382 M. 363 Fr.), Zugang 322 (184 M. 138 Fr.), Abgang: genesen 21 (10 M. 11 Fr.), gebessert 81 (39 M. 42 Fr.), ungebessert 103 (60 M. 43 Fr.), gestorben 87 (60 M. 27 Fr.), blieben 775 (397 M. 378 Fr.). Im Bestande mit Paralyse 100 (76 M. 24 Fr.), mit Del. pot. 30, nicht-irre 1 Fr.); unter Aufnahme mit Paralyse 64 (41 M. 23 Fr.), mit Del. pot. 35, nicht-irre 12; entlassen gebessert mit Paralyse 5 (3 M. 2 Fr.), mit Del. pot. 14, ungebessert mit Paralyse 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 47 (42 M. 5 Fr.), blieben 104 (66 M. 38 Fr.). Über die Paralytischen wird detaillierte Auskunft gegeben. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 3, bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 4, im 2. J. bei 1, über 2 J. bei 2. Todesursache bei 14 Tuberkulose, Brustentzündung bei 6, Herzleiden bei 9. Ausgaben 630 961 M.

Bericht über die Kreisirrenanstalt Erlangen von 1884—1903. 103 S. mit 11 Tab. (Dir. Dr. *Würschmidt*.)

Der Bericht gibt die Geschichte der Anstalt von Anfang an, zu welcher der Grundstein 1834 gelegt, der Bau erst 1846 vollendet wurde. Wie damals an anderen Orten, so zeigt sich auch hier, wie wenig zahlreich die Anstalt benutzt wurde, Jahre vergingen, ehe sie gefüllt war, das Vertrauen aber wuchs: die Kranken überfluteten die Anstalt in dem Grade, daß, obwohl man die Zweckmäßigkeit einer neuen Anstalt anerkannte, die Not zu steter Erweiterung der vorhandenen drängte und eine ungemeine Überfüllung erzeugte, bis das Terrain nicht weitere Anlagen zulässig machte und eine zweite Anstalt für den Kreis zu Ansbach erzwang.

Digitized by Google

Der Bericht über die letzten 20 Jahre ist in 4 Quinquien eingeteilt. Aus dem 4. führen wir die Statistik an, so interessante Ergebnisse auch die vorhergehenden bieten. Im 4. Quinqu. kommen bei einer Bevölkerung in Mittelfranken von 815 892 Einwohnern auf 3708 1 Kranker, die Männer zahlreicher als die Frauen. Zum Bestande 1899 von 670 (342 M. 328 Fr.) kamen zu 713 (336 M. 377 Fr.), darunter mit Paralyse 166 (119 M. 47 Fr.). Abgang: genesen 81 (27 M. 54 Fr.), gebessert 157 (83 M. 74 Fr.), ungebessert 432 (230 M. 202 Fr.), gestorben 201 (85 M. 116 Fr.), blieben 523 (258 M. 265 Fr.), unter letzteren mit Paralyse 88 (47 M. 41 Fr.), mit Epilepsie 96, mit Idiotie 25, mit Del. pot. 16, nicht-irre im Quinqu. 13. Krankheitsdauer der Genesenen im Quinqu. vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 29, bis 3 Mon. bei 23, bis 6 Mon. bei 13, bis 12 Mon. bei 8, bis 2 J. bei 5, über 2 J. bei 2. Es starben im Quinqu. an Tuberkulose 62, an anderen Krankheiten der Atmung 67, an Herz- und Gefäßkrankheiten 32, an Suicid und Unglücksfällen 0.

Bericht der Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1903. (Dir. Dr. *Kraussold.*)

Bestand 621 (349 M. 272 Fr.), darunter mit Paralyse 33 (25 M. 8 Fr.). Aufnahme 217 (104 M. 113 Fr.), Abgang: genesen 10 (4 M. 6 Fr.), gebessert 74 (39 M. 35 Fr.), ungebessert 36 (18 M. 18 Fr.), gestorben 37 (22 M. 15 Fr.), blieben 679 (368 M. 311 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 8, bis 3 Mon. bei 1, über 2 J. bei 1. Todesursache bei 10 Tuberkulose, Herzleiden bei 3. Ausgabe 392 055 M. Die Überfüllung zwang den Landrat von Oberfranken, eine Kreisirrenanstalt im ökonomischen Kolonie- und Villensystem zu beschließen. Das Durchschnittsgewicht des Gehirns bei den Obduzierten betrug 1334 g, speziell bei den Paralytikern 1369 g. Das schwerste männliche Gehirn 1460 g, das leichteste 1130 g; bei den Frauen das durchschnittliche Gehirngewicht 1211 g, und speziell das paralytische 1117 g, das schwerste 1340 g und das leichteste 1000 g. Dauerbäder oft frappierend beruhigend. Bettbehandlung. Besonders wichtig die Regulierung der Diät. Künstliche Ernährung in 12 Fällen länger andauernd. 9 Entweichungen. Einige bedenkliche Suicidversuche. Terrain 30 ha, während die projektierte Anstalt zu Kutzenberg 80 ha hat.

Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1903. (Dir. Dr. *Herfeldt.*)

Bestand 239 (111 M. 128 Fr.), Zugang 278 (162 M. 116 Fr.), Abgang 123 (67 M. 56 Fr.), davon genesen 19 (10 M. 9 Fr.), gebessert 45 (27 M. 18 Fr.), ungeheilt 22 (9 M. 13 Fr.), nicht-irre 3 M., gestorben 34 (18 M. 16 Fr.). Im Bestande waren mit Paralyse 11 (5 M. 6 Fr.), unter den Aufnahmen 18 (14 M. 4 Fr.). Bei der Aufnahme 66,3% Heredität. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Genesenen bei 1 bis 1 Mon., bei 5 bis 3 Mon.

Digitized by Google

bei 3 bis 6 Mon., bei 3 bis 12 Mon., bei 1 bis 2 J., bei 3 noch länger: erblich belastet 10.

Für vier verheiratete Ärzte ist Wohnung geschaffen. Lebhafter Wechsel beim Pflegepersonal. Bei Ausbruch eines Krieges müßten von den 33 Pflegern 26 als gestellungspflichtig entlassen werden. An Tuberkulose starben 8, an Herzleiden 6, 14 Fälle von Gesichtserysipel. In der Regel wurde bei frischer Psychose im Anfange von reichlicher Milchdiät Gebrauch gemacht, möglichste Anregung des Stoffwechsels durch regelmäßig gegebene Abführmittel, Schwitzkuren und je nach Indikation Digitalis oder auch Aderlässe, hauptsächlich Bettruhe, mehrstündige Dauerbäder von 32—37°, eventuell mit kühlender Kompresse auf den Kopf. Selten Isolierung. 56 Entweichungsversuche. 4 Fälle zur Beobachtung. Die Anstalt besteht jetzt aus 30 Gebäuden.

18. Bericht der Kreisirrenanstalt Gabersee pro 1903. (Dir. Dr. *Dees.*)

Nach einem schweren Typhus genas eine Kranke auch psychisch. Bestand 600 (313 M. 287 Fr.), Aufnahme 205 (116 M. 89 Fr.), Abgang 161 (102 M. 59 Fr.), blieben 644 (327 M. 317 Fr.). Von den Aufgenommenen waren 84 wegen Sicherheitsgefährlichkeit polizeilich eingewiesen. Unter den 72 Ledigen befanden sich 2, unter den 51 Verheirateten 13 Paralytische. Der durchschnittliche Aufenthalt der genesenen Männer betrug 218, der der Frauen 277 Tage. Von den genesenen Männern waren vor der Aufnahme 8 im 1. Mon., 1 2 Mon., 1 4 Mon., 1 9 Mon., 1 1 J., 1 2½ J. und 1 unbekannte Zeit krank; von den Frauen 4 im 1. Mon., 2 2 Mon., 1 11 Mon. und 1 unbekannte Zeit krank. Ursache des Todes bei 16 Tuberkulose, bei 6 Herzleiden. Entlassen: genesen 22, gebessert 48, ungebessert 35, gestorben 56. Am Jahresschlusse waren Männer in der offenen Abteilung 113, in Pflegeabteilung 71, in der geschlossenen 135; von den Frauen in offener Abteilung 113, in Pflegeabteilung 73, in geschlossener 131. Isolierung ist nicht ganz zu entbehren, weil in gewissen Fällen eine Wohltat. An Medikamenten ausgegeben 471 M. Bettbehandlung und prolongierte Bäder mit gutem Erfolg. Schlundsonde bei 7 M. und 6 Fr. notwendig. 9 Entweichungen aus geschlossener und 13 aus offener Abteilung. Areal 160 ha. Ausgabe 337 158 M. Neue treffliche Wasserleitung.

Bericht der in Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische pro 1902. Stuttgart 1904.

Würdigung der Verdienste des am 21. Mai 1904 verstorbenen Referenten Dr. *Dietz*. Bestand am 1. Jan. 1902 in den 4 Staatsanstalten Winnenthal, Schussenried, Zwiefalten und Weißenau 1868 (993 M. 875 Fr.), Zugang 571 (331 M. 240 Fr.), Abgang 487 (279 M. 208 Fr.), blieben 1952 (1045 M.

Digitized by Google

907 Fr.). Normalzahl der Betten 1788. 390 Aufnahmegesuche mußten zurückgewiesen werden. Entlassen: geheilt 55, gebessert 200, ungeheilt 126, gestorben 96. Von den Genesenen genasen bei einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Mon. 61,8%, bis 3 Mon. 17,6%, bis 6 Mon. 14,7%, nach 1 J. 5,9%. In Winnenthal konnten 16 Kranke in Familienpflege untergebracht werden. In Schussenried war die landwirtschaftliche Kolonie mit 10 ha. In Zwiefalten war die Kolonie Loretto mit 10—12 Kranken belegt, in Familienpflege waren am Schlusse 23 M. und 18 Fr. in 10 Dörfern. In Weißenau auf der Kolonie 36—40 Pfleglinge, in Familienpflege am Ende des Jahres 6 M. und 7 Fr.

In den Privatanstalten Göppingen, Pfullingen, Rottenmünster, Rennenburg, Ludwigsburg, Beutelsbach, Grunbach war der Bestand 1056 (504 M. 552 Fr.). darunter 630 Staatspfleglinge, Zugang 301 (131 M. 170 Fr.) inkl. 134 Staatspfleglinge, Abgang 273 (122 M. 151 Fr.) inkl. 81 Staatspfleglinge. blieben 1084 (513 M. 571 Fr.) inkl. 653 Staatspfleglinge. Entlassen: geheilt 38, gebessert 89, ungeheilt 38, in andere Anstalten 37, gestorben 73. Todesursache: Herzleiden 13%, Tuberkulose 7%, Suicid 1%.

In der im Bau begriffenen Staatsanstalt zu Weinsberg wurden am 23. Nov. 1903 die ersten Kranken aufgenommen unter Dir. Dr. *Kemmler*. Sie ist für 500 Kranke bestimmt. Bauplan ist beigefügt, nebst dem von einzelnen Häusern. Für jede Geschlechtsseite sind drei Isolierräume vorgesehen.

Heil- und Pflegeanstalten für Epileptische und Schwachsinnige. In Stetten konnten von 237 Aufnahmegesuchen nur 32% zugestanden werden. Zahl der Verpflegten betrug 545 und zwar 275 Schwachsinnige und 270 Epileptische. Zahl des Personals 157. Bromokoll und Thyreoidin bewährten sich nicht bei Epilepsie. Dormiol bei Schlaflosigkeit gut.

Pflegeanstalt für männliche Epileptische auf der Pfingstweide bei Tettnang. Zahl der Pfleglinge am Ende 1902 51 inkl. 30 Staatspfleglinge.

Pflegeanstalt in Liebenau bei Tettnang mit 437 Verpflegten.

Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Mariaberg mit 168 Verpflegten.

Pflegeanstalt in Heggbach mit 138 Pfleglingen. Behandlung der Epileptischen mit Opocerebrinum-Pöhl mißlungen.

Pflegeanstalt für weibliche Blöde in Hall hatte Ende 1902 Bestand 100.

Dietz, Die kgl. Heilanstalt Weinsberg. Psych.-neurol. Wochenschr. 1904. No. 1.

Der 1901 begonnene Neubau zu Weinsberg war am 23. Nov. 1903 nach den Plänen von *Dietz* so weit gefördert, daß die ersten Kranken aufgenommen werden konnten unter Dir. Dr. *Kemmler*. Für 500 Kranke. Auf der seitherigen Domäne Weißenhof. Areal 88 ha. „Geschlossene" und „offene" Häuser. 29 Gebäude. Lageplan.

Digitized by Google

6. Bericht der Privatheilanstalt in Schloß Pfullingen. (Dir. Dr. *Th. Kölle.*)

Vom 1. Jan. 1900 bis 31. Dez. 1903 wurden 251 (140 M. 111 Fr.) aufgenommen, 117 (69 M. 48 Fr.) Privatpfleglinge, 134 (71 M. 63 Fr.) Staatspfleglinge. Gesamtzahl 635 (328 M. 307 Fr.). Bestand Anfang 1903: Privatpfleglinge 70 (43 M. 27 Fr.), Staatspfleglinge 302 (153 M. 149 Fr.), Zugang: Privatpfleglinge 39 (18 M. 21 Fr.), Staatspfleglinge 65 (33 M. 32 Fr.), Abgang: Privatpfleglinge 25 (10 M. 15 Fr.), Staatspfleglinge 29 (15 M. 14 Fr.), blieben Privatpfleglinge 79 (48 M. 31 Fr.), Staatspfleglinge 343 (174 M. 169 Fr.). In den 75 Todesfällen starben an Typhus 11, an Tuberkulose 10, an Herzleiden 13, an Suicid 2. Ziemlich reger Wechsel des Wartepersonals, Erhöhung der Löhne und fünfjährige Prämien. Im Jahre 1903 106 Angestellte. Das offene Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke im Schloßgebäude wurde wieder aufgegeben. Gute Erfahrungen der Bettbehandlung bei psychomotorischer Erregung und bei Kranken mit üblen Gewohnheiten. Einschränkung der nächtlichen Isolierung. Prolongierte Bäder mit gutem Erfolge bei Aufgeregten, ebenso feuchte Einpackungen. Künstliche Ernährung wiederholt nötig. Einschränkung der Alcoholica. Die lacto-vegetabilische Kost bei Epileptikern war nicht ermutigend. In der Kolonie Altenburg wurden durchschnittlich 21—23 Kranke verpflegt.

Beigefügt sind mehrere Aufsätze: Dr. *Veit,* Fremdkörper im Magen. Man fand darin Kupferdraht, Marken von Messingblech, 1 Pfennig, Löffelstiele, Nägel, Schrauben, Metall- und Porzellanknöpfe, Drahtringe, Sicherheitsnadel, Perlschnur, wollene Stücken, 81 Fremdkörper, die 260 g wogen. Dr. *Schläpmann,* Ein Fall von Ruptur der Milz infolge eines Sturzes auf den Boden. Dr. *Leopold,* Ein Fall von Herpes zoster ophthalmicus.

Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1902. Leipzig. 1904. 8°. 48 S.

Am 1. März 1902 wurde die neue Heilanstalt zu Großschweidnitz unter Dr. *Krell* in 19 Häusern für 524 Kranke eröffnet. Außerdem 15 Gebäude für allgemeine Zwecke. Sämtliche Krankenhäuser haben nur ein Erd- und ein Obergeschoß, die 4 Überwachungshäuser ein Erdgeschoß. Für die Erwärmung ein Fernheizwerk, für die Beleuchtung elektrische mit 1481 Glühlampen und 21 Bogenlampen. Die Wasserleitung gibt täglich 350 cbm Wasser, für die Schmutzwässer eine Kläranlage nach dem biologischen System Schweder. Bestand in Sonnenstein 667 (414 M. 253 Fr.), Untergöltsch 502 (229 M. 273 Fr.), Zschadras 533 (258 M. 275 Fr.), Hubertusburg 1500 (467 M. 1033 Fr.), Colditz 615 (316 M. 299 Fr.), Hochweitzschen 905 (528 M. 377 Fr.). In diese Anstalten wurden inkl. Großschweidnitz aufgenommen 1262 (555 M. 707 Fr.). Im fünften Dezennium des Alters war die Aufnahme am zahlreichsten. Von Epileptischen wurden leider 77% erst nach fünfjähriger Dauer

Digitized by Google

der Krankheit der Anstalt zugeführt. Unter den Aufnahmen waren paralytisch 113 (93 M. 20 Fr.). Bei 51,4% war hereditäre Anlage, bei 20% Alkohol Ursache. Lues wurde konstatiert bei 14% M. und 5% Fr. Abgang 1602 (733 M. 869 Fr.). Es genasen, wurden wesentlich gebessert und beurlaubt 256 (125 M. 131 Fr.). Geheilt entlassen wurden 20 Epileptische. Anstaltsdauer der Genesenen und Gebesserten betrug bei 53 bis 3 Mon., bei 58 bis 6 Mon., bei 61 bis 1 J., bei 32 bis 1½ J., bei 14 bis 2 J., bei 24 bis 5 J., bei 10 bis 10 J., bei 3 über 10 J. Gestorben 271 (163 M. 108 Fr.), an Tuberkulose 45, an Krebs 7, an Herzleiden 13. Nur 1 Suicid bei 1 Fr., deren Entlassung in nächste Aussicht genommen war. Abgang des Pflegepersonals bewegte sich nur in engen Grenzen. Nachtwachdienst hat erheblich zugenommen. Die Abteilungen der Unruhigen waren überall überfüllt, doch ist die Belegziffer jetzt festgestellt. Die Isolierung wird absolut nirgends ausgeschlossen, dient aber meist nur als Ausnahme. Bettbehandlung in den Wachstuben unter Hilfe der Dauerbäder. Oft kürzere Bäder mit nachfolgender Bettruhe merklich günstiger als langausgedehnte. Meist ist ohne Narcotica auszukommen. Als souveräner Behandlungsfaktor namentlich bei Rekonvaleszenten und vielen chronischen Krankheiten wird die Beschäftigung in Feld und Garten bezeichnet. Die großen Erfolge bei Epilepsie mit Cerebrinum (*Pöhl*) konnten nicht konstatiert werden, doch werden die Versuche fortgesetzt werden. Augenfehler nach Prof. *Schön* wurden fast überall gefunden. In allen Anstalten nur 45 Entweichungen. Die Besuche der Angehörigen werden gefördert.

Die Irrenstation des Männerzuchthauses zu Waldheim begann mit 190, die Aufnahme betrug 27, die Abgabe 41, so daß 176 blieben bei 190 Plätzen.

In der Klinik zu Leipzig stieg die Zahl der Betten von 170 auf 190 und die Zahl der Verpflegten von 666 auf 840. Durchschnittlicher Tagesbestand 82 M. und 80 Fr. Von den 840 Kranken litten 572 an eigentlicher Geisteskrankheit, 141 an chronischem Alkoholismus und 127 an Nervenstörungen. 617 wurden geheilt entlassen, 70 starben. Bei dem Zugang von 679 war in 200 Fällen Alkoholmißbrauch zu konstatieren.

Die mit 120 Betten ausgestattete Irrenbeobachtungsstation des Stadt-Irren- und Siechenhauses zu Dresden hatte 678 männliche und 374 weibliche Kranke mit mittlerem Tagesbestande von 46 M. und 35 Fr. Unter den 1052 Verpflegten waren 289 Alkoholiker und 82 nicht-geisteskranke, aber an Hysterie usw. Leidende. Abgegangen 976, davon 40 durch Tod. In der Abteilung für geistig und körperlich Sieche mit 1200 Betten wurden 777 M. und 760 Fr. verpflegt; täglicher Durchschnitt 560 M. und 462 Fr. Abgang 503, davon 224 durch Tod.

In der Irren- und Siechenanstalt Dösen mit 972 Betten waren 448 M. und 404 Fr., wovon 761 eigentliche Geisteskranke, 48 Alkoholiker und 43 Nichtgeisteskranke. Durchschnittlich täglich 291 M. und 295 Fr.

Die Privatanstalten zu Neucoswig, Thonberg, Möckern, Proedel, Tharandt und Elsterberg mit 305 Betten hatten 324 M. und 269 Fr.

Digitized by Google

Tagesbestand 130 M. 112 Fr. 300 litten an Geisteskrankheit, 43 an Alkoholismus und 210 an Nervenstörungen.

Im Hermannhaus zu Stötteritz, einer Unfallnervenklinik der Baugewerks-Berufsgenossenschaft, mit 40 Betten, kamen bei 18 Kranken im Anfang 261 zur Aufnahme, wovon 24 an Geistesstörungen, 1 an chronischem Alkoholismus und 254 an Nervenkrankheiten litten. Durchschnittlich pro Tag 22 Personen.

In der Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben zu Großhennersdorf waren im Anfange 251, am Schluß 253, nachdem 53 aufgenommen, 48 entlassen und 3 gestorben waren.

In der Erziehungsanstalt zu Nossen für Mädchen war Bestand 181, Aufnahme 123, Abgang 128, so daß 176 blieben.

In der einstweiligen Abteilung zu Hubertusburg für schwachsinnige Zöglinge waren 44 Knaben und 51 Mädchen. Aufgenommen 12 Knaben und 11 Mädchen, ausgeschieden 8 Knaben und 10 Mädchen, blieben 48 Knaben und 52 Mädchen.

In den beiden Blödenanstalten zu Sohland a. R. und Siegmar mit 106 Betten wurden 78 Knaben und 35 Mädchen verpflegt, durchschnittlich täglich 66 Knaben und 30 Mädchen. 17 gingen zu, 15 ab, von denen 3 geheilt wurden und die übrigen 12 starben.

Bericht der Heilanstalt Illenau pro 1903. (Dir. Dr. *Schüle*.)

Bestand 527 (246 M. 281 Fr.), Aufnahme 502 (236 M. 266 Fr.), entlassen 457 (217 M. 240 Fr.), davon geheilt 107 (60 M. 47 Fr.), gebessert 189 (76 M. 113 Fr.), ungebessert 7 M., entlassen in Familienpflege 310 (144 M. 166 Fr.), in andere Anstalt 76 (32 M. 44 Fr.), ins Gefängnis zurück 8 (6 M. 2 Fr.), gestorben 63 (35 M. 28 Fr.). Im Bestande mit Paralyse 17 (10 M. 7 Fr.), mit Alkoholismus 17, aufgenommen mit Paralyse 29 (27 M. 2 Fr.), mit Alkoholismus 31, blieben mit Paralyse 21 (13 M. 8 Fr.), mit Alkoholismus 22. Zur Beobachtung eingeliefert 12, davon 6 geisteskrank. Die beiden Landhäuser für Rekonvaleszenten wurden eröffnet. Beschreibung derselben, für 46 Kranke; Kosten des Baues 112 187 M., innere Einrichtung 23 000 M. Beobachtungsabteilung für Männer fertig und ihre Beschreibung. Vollendet Kessel- und Maschinenhaus. Anstaltsgebiet vergrößert auf 42 ha. Psychiatrischer Kurs von 14 Tagen für 9 Bezirksärzte. 5 Stiftungen, darunter eine zur Förderung der Psychiatrie, hauptsächlich zu Stipendien an Ärzte der Anstalt, Löhne des Dienstpersonals. Von den 49 Isolierräumen wurden 27 als Schlafräume meist für ruhige Kranke benutzt. Reicher Gebrauch der Hydrotherapie. Guter Erfolg von Veronal. Beschränkungsmittel nur vorübergehend bei 3 Personen. Zur Beschäftigung die schwedische Handweberei eingeführt. Entwichen 10. Todesursache bei 9 Herzleiden, bei 9 Tuberkulose, bei 2 Karzinom, bei 2 Suicid.

Digitized by Google

Bericht der Heilanstalt Emmendingen pro 1903. (Dir. Dr. *Haardt.*)

Bestand 1250 (643 M. 607 Fr.), Aufnahme 290 (152 M. 138 Fr.), entlassen definitiv 3, urlaubsweise 116; gebessert 115, ungebessert 4; in Familie 109, in andere Anstalt 10, in Summa 119 (71 M. 48 Fr.), gestorben 73 (21 M. 52 Fr.), blieben 1348 (703 M. 645 Fr.). Mit Strafgesetz in Konflikt gekommen 197. Ausgaben 1 181 715 M. Überfüllung hauptsächlich aus den beiden Kliniken, so daß in Korridoren und Tagesräumen Betten aufgestellt werden mußten. Der Ersatz des Pflegepersonals namentlich der Frauen ist schwierig. Aufnahme- und Überwachungsabteilungen stets überfüllt. Reichliche Beruhigungsbäder, feuchte Einpackungen auf allen Abteilungen für Bettbehandlung, gesteigerter Gebrauch von Narcoticis. Isolierung häufiger auf der Frauenseite. Großes Gewicht der Arbeitstherapie, namentlich erfreulich durch die Hinzufügung der Handweberei. Regelmäßig beschäftigt 498. Anstellung eines Musiklehrers. Am Schlusse waren 20 Familienpflegestellen errichtet. 25 Entweichungen. Dazu kam eine Gasexplosion, doch niemand beschädigt. 65 Fälle von Influenza. Es starben an Karzinom 4, an Typhus 2, an Nephritis 8, an Herzleiden 9, an Tuberkulose 18.

Bericht der Psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B. pro 1903. (Prof. Dr. *Hoche.*)

Bestand 121 (52 M. 69 Fr.), im Normalstand 141, Aufnahme 332 (181 M. 151 Fr.), entlassen 315 (168 M. 147 Fr.), davon geheilt 45, gebessert 106, ungebessert 29, beobachtet 4, in andere Anstalten 119, gestorben 12, blieben 138 (65 M. 73 Fr.). Ausgaben 158 442 M. Einrichtung einer poliklinischen Sprechstunde von 11—12 Uhr. Formale Schwierigkeiten erschweren die Aufnahme in die Anstalt und bekämpfen nicht die Vorurteile gegen sie. Ein Hundestall für wissenschaftliche Zwecke wurde eingerichtet. Dauerbäder nicht mehr zu entbehren, am Tage 7 Wannen, nachts meist nur 2—4 Wannen, vom Wartpersonal gern ausgeführt, für deren Kleidung sich einfache leinene Überkleider mit wasserdichter Schürze am besten zeigten. Die besten Erfolge bei Delirien, speziell bei Del. trem. und bei allen Formen manischer Erregung. Lästig für viele ist das eigentümliche Ekzem, mit Erfolg bekämpft durch systematische Desinfektion der Badewäsche, übrigens harmlos. Lebensrettend war das Dauerbad bei einer schweren Verletzung mit urinös infiltrierter Wunde. Zur Beobachtung kamen 9 forensische Fälle.

Bericht der Universitätsklinik Heidelberg pro 1903. (Dir. Dr. *Nissl.*)

Bestand 138 (76 M. 62 Fr.), Aufnahme 520 (295 M. 225 Fr.), entlassen 530 (303 M. 227 Fr.), davon definitiv 12, urlaubsweise 292, geheilt 70, gebessert 198, ungebessert 36, in Familienpflege 304, in andere Anstalt 187

Digitized by Google

(nach Pforzheim 41, nach Emmendingen 95), gestorben 39 (17 M. 22 Fr.), blieben 128 (68 M. 60 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an progressiver Paralyse 27, an Epilepsie 33, an Dipsomanie 13, an Hysterie 11, an chronischem Alkoholismus 24, an Del. trem. 16, an Alkoholwahnsinn 2, an Hirntumor 1, diagnostisch unklare Fälle 31, nicht-irre 3, zur Beobachtung übergeben 17. Kosten 164 619 M. Überfüllung namentlich der unruhigen Abteilung. Keine Isolierung. Dauerbäder bestes Beruhigungsmittel bei Erregung. Feuchte Einpackung von 1—3 Stunden bei erregten Katatonischen und Paralytischen. Als Schlafmittel Paraldehyd, Trional, Sulfonal, Veronal, Isopral; als Beruhigungsmittel Brom bei Epilepsie, Opium bei Angst. 9 Entweichungen. Eine Frau mit zirkulärer Depression sprang vom zweiten Stock (ruhige Abteilung) durch den oberen Teil des Fensters in den Garten, erlitt Beckenbruch und Blasenruptur, starb daran. Decubitus am Kreuzbein konnte bei hinfälligen und sehr abgemagerten Kranken nicht verhütet werden.

Bericht der Heilanstalt Pforzheim pro 1901/2. (Dir. Dr. *Fischer.*)

Geschichtliches. Beschreibung der Anstalt, die aus der Hauptanstalt, der Filialanstalt und den Baracken besteht. Unvollkommenheit derselben. 1902 10 Fälle von Typhus, es starben an Lungentuberkulose 9, an Typhus 1, an Herzlähmung 2. Isolierung leider häufig nötig. Bestand 1902 624 (313 M. 311 Fr.), Aufnahme 96 (42 M. 54 Fr.). Entlassung und Tod 89 (39 M. 50 Fr.), blieben 631 (316 M. 315 Fr.). Entlassen wurden 1902 29, davon definitiv 1, urlaubsweise 28; genesen 1, gebessert 18, ungebessert 10; in Familienpflege 14, in andere Anstalt 15. An Paralyse litten 1902 56 (35 M. 21 Fr.). Entmündigt 12. Ausgabe 310 650 M.

Bericht der Heilanstalt Sachsenberg pro 1903. (Dir. Dr. *Matusch.*)

Bestand 557 (290 M. 267 Fr.), darunter mit Paralyse 8 (6 M. 2 Fr.), Aufnahme 100 (50 M. 50 Fr.), darunter mit Paralyse 4 (3 M. 1 Fr.), Abgang: genesen 19 (4 M. 15 Fr.), gebessert 45 (26 M. 19 Fr.), ungeheilt 38 (19 M. 19 Fr.), gestorben 43 (26 M. 17 Fr.), blieben 552 (287 M. 265 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 9, bis 3 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 2, über 2 J. bei 2. Es starben an Tuberkulose 6, an Herzleiden 4, an Suicid 1. Von 6 M. zur Beobachtung waren 5 krank. Ausgabe 375 464 M.

Bericht der Heilanstalt Gehlsheim bei Rostock pro 1903. (Dir. Dr. *Schuchardt.*)

Bestand 237 (116 M. 121 Fr.), Zugang 325 (152 M. 173 Fr.), Abgang 272 (117 M. 155 Fr.), blieben 290 (151 M. 139 Fr.). Im Bestande waren 10 (9 M. 1 Fr.) mit Paralyse, im Zugang 13 (12 M. 1 Fr.). Im Zugange nicht geisteskrank 46 (8 M. 38 Fr.). Entlassen: genesen 39 (15 M. 24 Fr.), ge-

Digitized by Google

bessert 50 (21 M. 29 Fr.), ungeheilt 90 (52 M. 38 Fr.), gestorben 56 (21 M. 35 Fr.), blieben 290 (151 M. 139 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 23, bis 3 Mon. bei 6, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 J. bei 1, über 2 J. bei 2. Todesursache bei 9 Tuberkulose, Herzkrankheiten bei 17. 13 Kranke wurden zur Beobachtung gebracht, von denen 3 M. nicht geisteskrank. Entweichungen kamen nicht vor. Ausgabe 224 120 M.

Mayer, Rud., Das Großherzogliche Landeshospital Hofheim von 1533—1904. Verfaßt zur Feier der 400. Wiederkehr des Geburtstages des Stifters am 13. November 1904. 129 S. 1904. 4°.

Eine sorgfältig ausgearbeitete geschichtliche Studie nebst Beschreibung der Anstalt nach ihrer Reorganisation. Beschreibung der alten Anstalt. Hochdruckheizung, elektrische Beleuchtung, Wasser aus 3 Brunnen elektrisch gehoben, Kanalisation, Werkstättengebäude, Aufnahme- und Überwachungsstation. Dauerbad. 60 Morgen Gartenland. 1904 1230 Kranke, die auf 1000 reduziert werden sollen. Beschreibung der früher angewendeten Zwangsmittel, die in einem Museum aufbewahrt werden. Zahlreiche Illustrationen erläutern die Geschichte nnd den Bau.

Anfang 1903 Bestand 1189 (592 M. 597 Fr.), Zugang 356 (193 M. 163 Fr.), entlassen 157 (80 M. 77 Fr.), gestorben 158 (80 M. 78 Fr.), blieben 1230 (625 M. 605 Fr.), bei letzteren 45 (26 M. 19 Fr.), mit Paralyse. Von den Entlassenen geheilt 45, gebessert 78 und ungebessert 34. Es starben an Herzfehlern 17, an Tuberkulose 39, an Karzinom 4, an Suicid 0. In den letzten 10 Jahren nur 4 Suicide. 15 Entweichungen. Seit Bettbehandlung und Dauerbädern Isolierungen immer seltener, doch die Vermehrung verbrecherischer Kranker läßt einen gänzlichen Abstand noch nicht zu. 3 Tennisplätze. 4 Oberärzte. 68 Entmündigungen, davon 61 wegen Geisteskrankheit, 7 wegen Geistesschwäche. Ausgabe 752 219 M.

45. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1903. (Dir. Dr. *Schaefer.*)

Zahl der Betten 373, des Pflegepersonals 40. Bestand 369 (186 M. 183 Fr.), Zugang 133 (74 M. 59 Fr.), Abgang 129 (69 M. 60 Fr.), blieben 373 (191 M. 182 Fr.). Bestand mit Paralyse 21 (14 M. 7 Fr.), Zugang 14 (10 M. 4 Fr.), Abgang 20 (14 M. 6 Fr.), blieben 15 (10 M. 5 Fr.): mit Alkoholismus Bestand 1, Zugang 8, Abgang 8, blieben 1. Todesursache von 40 bei 5 Pneumonie, bei 3 Phthisis, bei 3 Herzleiden. Bei den Gebliebenen Hoffnung auf Genesung wahrscheinlich in 7, unsicher in 23, keine in 343 Fällen.

In der Heilanstalt für Körperkranke mit 56 Betten war Bestand Ende des Jahres 20.

Digitized by Google

Bericht der Heilanstalt Hildburghausen pro 1898—1903. (Dir. Dr. *Mayser*.)

Bestand am 1. Jan. 1903 612 (329 M. 283 Fr.), darunter mit Paralyse 15 (11 M. 4 Fr.), Aufnahme 213 (117 M. 96 Fr.), darunter mit Paralyse 19 (15 M. 4 Fr.), entlassen: geheilt 38 (17 M. 21 Fr.), gebessert 39 (17 M. 22 Fr.), ungeheilt 37 (20 M. 17 Fr.), gestorben 56 (28 M. 28 Fr.), blieben Ende 1903 652 (361 M. 291 Fr.). Von den 1901-3 116 Gestorbenen war Todesursache 15mal Tuberkulose, 21mal Brustentzündung, 15mal Herzkrankheiten, 4mal Kopfrose, 7mal Nierenkrankheiten, 1mal Verbrennung, 1mal Suicid. In Familienpflege waren 42. Areal jetzt 360 Morgen. 13 Entweichungen. Mechanische Beschränkung in chirurgischen Fällen 9mal. Großer Wechsel im Pflegepersonal.

Bericht der Anstalt Friedrichsberg bei Hamburg pro 1903.

Bestand 1375 (650 M. 725 Fr.), Zugang 745 (421 M. 324 Fr.), Abgang: geheilt 84 (30 M. 54 Fr.), gebessert 202 (112 M. 90 Fr.), ungeheilt 207 (131 M. 76 Fr.), nicht-irre 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 171 (93 M. 78 Fr.), beurlaubt 37 (20 M. 17 Fr.), blieben 1417 (684 M. 733 Fr.). An Ärzten und Beamten blieben 38, an Schwestern 24, an Wartepersonal 190 (103 M. 87 Fr.), an Dienstboten 59, in toto an Angestellten 311. Pro Kopf pro Tag 2,09 M.

Irrenanstalt Langenhorn. Bestand 530 (321 M. 209 Fr.), Zugang 61 (37 M. 24 Fr.), Abgang 47 (35 M. 12 Fr.), blieben 544 (323 M. 221 Fr.), davon beurlaubt 4. In Friedrichsberg litten an Paralyse 110 (87 M. 23 Fr.). Die Heilung erfolgte in 1 Mon. bei 20, in $^1/_4$ J. bei 25, in $^1/_2$ J. bei 18, in 1 J. bei 13, in 2 J. bei 6, in 3 J. bei 1, in 4 J. bei 1. Die Dr. *Julius*-Stiftung beträgt 351 256 M.

Bericht der Krankenanstalt in Bremen pro 1903.

St. Jürgen-Asyl, Dir. Dr. *Delbrück*. Bestand 346 (173 M. 173 Fr.), Aufnahme 315 (177 M. 138 Fr.), entlassen 229 (130 M. 99 Fr.), gestorben 42 (22 M. 20 Fr.), blieben 390 (198 M. 192 Fr.). Von den 315 Aufgenommenen litten an Paralyse 43 (29 M. 14 Fr.), an Alkoholismus 41, Simulanten 2. Entlassen: geheilt 70, gebessert 81, ungeheilt 35. Es starben 42, davon 7 an Tuberkulose. Das Jürgen-Asyl in Ellen konnte noch nicht bezogen werden.

Bericht der Privatanstalt Rockwinkel bei Bremen pro 1903. (Dir. Dr. *Engelken*.)

Bestand 21 (9 M. 12 Fr.), Aufnahme 16 (5 M. 11 Fr.), entlassen: geheilt 1 Fr., gebessert 10 (4 M. 6 Fr.), ungeheilt 10 (5 M. 5 Fr.), gestorben 3 (1 M. 2 Fr.), blieben 16 (5 M. 11 Fr.). In Familienpflege untergebracht 2 Fr.

Digitized by Google

Bericht der niederösterreichischen Wohlfahrtsangelegenheit vom Juli 1902 bis Juli 1903. 683 S.

Feier der Eröffnung der Kaiser Franz Joseph Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling bei Wien mit Umwandlung der niederösterreichischen Landesheilanstalt in eine Pflegeanstalt, Bestimmung und Beschreibung.

Wien. Bestand Ende 1901 1026 (554 M. 472 Fr.), Zuwachs 1193 (683 M. 510 Fr.), Abgang: geheilt 225 (129 M. 96 Fr.), versetzt 620 (342 M. 278 Fr.), in häuslicher Pflege 125 (73 M. 52 Fr.), gegen Revers 101 (45 M. 56 Fr.), gestorben 190 (138 M. 52 Fr.), entwichen 3 M., blieben Ende 1902 955 (507 M. 448 Fr.). Normalbelegraum 900. 1901 blieben beurlaubt 2 Fr., 1902 beurlaubt 96 (43 M. 53 Fr.). Direkte Aufnahme 664, aus der Klinik 491, aus anderen Irrenanstalten 38. Von den Geheilten war die Krankheitsdauer vor dem Eintritt bei 101 bis 14 Tage, bei 9 bis 1 Mon., bei 2 bis 2 Mon., bei 7 bis 3 Mon., bei 12 bis 6 Mon., bei 8 bis 1 J., bei 7 bis 2 J., bei 71 länger, unbekannt bei 1; Aufenthaltsdauer bei 80 bis 1 Mon., bis 3 Mon. bei 55, bis 6 Mon. bei 45, bis 9 Mon. bei 23, bis 12 Mon. bei 8, bis 2 J. bei 4, bis 3 J. bei 3, bis 5 J. bei 1. Isoliert wurden 1234 in 12 438 Tagen. Mechanischer Zwang bei 11 die Jacke, bei 10 die Schutzhandschuhe.

Langenlois wird aufgelöst.

Mauer-Öhling. Dir. Dr. *Jos. Starlinger*. 1902 seit Eröffnung Aufnahme direkt 110 (69 M. 41 Fr.), durch Transferierung 1001 (520 M. 481 Fr.), Abgang: geheilt 13 (4 M. 9 Fr.), gegen Revers 14 (9 M. 5 Fr.), in andere Anstalten 76 (40 M. 36 Fr.), in häusliche Pflege 3 Fr., in Armenverpflegung 2 M., gestorben 14 (5 M. 9 Fr.), entwichen 4 M., blieben 985 (525 M. 460 Fr.), davon in Familienpflege 18 M. Isoliert wurden nur 2 Epileptiker im postepileptischen Erregungszustande, Nur 4 mal Jacke wegen Selbstbeschädigung. Ein bakteriologisches Laboratorium, ebenso ein chemisches und histologisches. Abstinenz in der Anstalt. Kolonie Kirchangergut.

Ybbs unter Oberleitung von Mauer-Öhling. Bestand 544 (275 M. 269 Fr.), Aufnahme 202 (122 M. 80 Fr.), entlassen: geheilt 17 (10 M. 7 Fr.), gegen Revers 15 (7 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 388 (203 M. 185 Fr.), in Familienpflege 4 (1 M. 3 Fr.), entwichen 2 M., gestorben 44 (22 M. 22 Fr.), blieben 294 (152 M. 142 Fr.) Geisteskranke, 285 (141 M. 144 Fr.) geisteskranke Sieche.

Klosterneuburg. Dir. Dr. *Weiß*. Anfang 1902 Bestand 598 (340 M. 258 Fr.), Aufnahme direkt 251 (153 M. 98 Fr.), durch Transport 114 (74 M. 40 Fr.), Abgang: geheilt 50 (29 M. 21 Fr.), in andere Anstalt 158 (97 M. 61 Fr.), sonstig 80 (43 M. 37 Fr.), gestorben 87 (58 M. 29 Fr.), blieben 588 (340 M. 248 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Par. progr. 83 (68 M. 15 Fr.), mit Alkoholismus 40, zur Beobachtung 4. Krankheitsdauer vor Eintritt bei 10 bis 14 Tage, bei 7 bis 1 Mon., bei 5 bis 2 Mon., bei 4 bis 3 Mon., bei 7 bis 6 Mon., bei 5 bis 1 J., bei 2 bis 2 J., bei 7 mehr; Anstaltsdauer bei 3 bis 1 Mon., bei 13 bis 3 Mon., bei 15 bis 6 Mon., bei 10 bis 9 Mon., bei 2 bis 12 Mon., bei 4 bis 2 J. 15 gerichtsärztliche Kommissionen, wobei 211 begutachtet wurden.

Digitized by Google

Kierling-Gugging. Dir. Dr. *Heinr. Schlöß.* Anfang 1902 Bestand 708 (339 M. 369 Fr.), Aufnahme direkt 113 (53 M. 60 Fr.), aus anderen Anstalten 298 (168 M. 130 Fr.), Abgang: geheilt 59 (36 M. 23 Fr.), in häusliche Pflege 19 (6 M. 13 Fr.), gegen Revers 51 (26 M. 25 Fr.), in andere Anstalten 128 (60 M. 68 Fr.), in Armenpflege 31 (20 M. 11 Fr.), entwichen 3 M., gestorben 71 (44 M. 27 Fr.), blieben 757 (365 M. 392 Fr.). Im Bestande Paralyse bei 54 (36 M. 18 Fr.), im Zuwachse 85 (62 M. 23 Fr.), mit Alkoholismus in beiden 64. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 2 bis 14 Tage, bei 6 bis 1 Mon., bei 4 bis 2 Mon., bei 12 bis 3 Mon., bei 1 bis 6 Mon., bei 2 bis 1 J., bei 32 länger; Vorpflegungsdauer bei 8 bis 1 Mon., bei 12 bis 3 Mon., bei 17 bis 6 Mon., bei 14 bis 9 Mon., bei 1 bis 12 Mon., bei 17 bis 2 J. In 217 gerichtsärztlichen Kommissionen wurden 229 begutachtet.

Schwachsinnige Kinder waren Ende 1902 in Pflege: 225 in der Landesanstalt zu Kierling-Gugging, 91 in Bruck, 38 in Biedermannsdorf, 77 in Rödling.

Gegen den Status epilepticus zeigten sich intramuskuläre Amylenhydratinjektionen empfehlenswert.

Bericht der niederösterreichischen Landesheilanstalt zu Mauer-Öhling bei Wien. (Dir. Dr. *Starlinger.*)

Bestand Anfang 1903 985 (525 M. 460 Fr.). Aufnahme 531 (262 M. 269 Fr.), entlassen 224 (122 M. 102 Fr.), gestorben 66 (32 M. 34 Fr.), blieben 1225 (642 M. 583 Fr.).

Bericht der oberösterreichischen Irrenanstalt Niedernhart pro 1903. (Dir. Dr. *Schnopfhagen.*)

Zahl der Betten 650. Ausgaben 395 920 Kr., pro Kopf und Tag 1 Kr. 66 h. Bestand 596 (264 M. 332 Fr.), Aufnahme 307 (153 M. 154 Fr.), Abgang: geheilt 45 (17 M. 28 Fr.), in andere Anstalten 15 (9 M. 6 Fr.), sonstiger 168 (63 M. 105 Fr.), gestorben 75 (44 M. 31 Fr.), blieben 600 (284 M. 316 Fr.). Unter dem Bestande waren mit Paralyse 49 (21 M. 28 Fr.), unter den Aufgenommenen 50 (41 M. 9 Fr.), davon gingen in andere Anstalten 4 1 M. 3 Fr.), sonstig 16 (10 M. 6 Fr.), starben 33 (27 M. 6 Fr.), blieben 46 (24 M. 22 Fr.). Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 14 Tage bei 15, bis 1 Mon. bei 6, bis 2 Mon. bei 7, bis 6 Mon. bei 12, bis 1 J. bei 5; deren Aufenthaltsdauer bis 1 Mon. bei 4, bis 3 Mon. bei 17, bis 6 Mon. bei 14, bis 9 Mon. bei 8, bis 12 Mon. bei 2. Todesursache bei 4 Pneumonie, bei 15 Tuberkulose, bei 7 Herzfehler. Elektrische Beleuchtung eingeführt, neuer Frauenpavillon. Ohne Wärter gingen aus 109 Kranke an 105 Tagen.

Digitized by

Bericht der mährischen Landesanstalt in Brünn pro 1903. (Dir. Dr. *Alf. Hellwig.*)

Bestand 654 (340 M. 314 Fr.), Aufnahme 456 (238 M. 218 Fr.), entlassen: geheilt 56 (22 M. 34 Fr.), gebessert 67 (35 M. 32 Fr.), gegen Revers 36 (14 M. 22 Fr.), ungeheilt 64 (43 M. 21 Fr.), in andere Anstalten 102 (52 M. 50 Fr.), entwichen 6 (4 M. 2 Fr.), gestorben 133 (64 M. 69 Fr.), blieben 646 (344 M. 302 Fr.). 7 ha Terrain. Filiale zu Iglau mit Bestand von Ende 1903 313 (156 M. 157 Fr.). Es starben an Tuberkulose 12, an Herzleiden 4. 3 Abbildungen.

Bericht der Landesanstalt Feldhof bei Graz nebst Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg pro 1903. (Dir. Dr. *Heinr. Sterz*).

Zahl der Betten in Feldhof 988, in Lankowitz 120, in Kainbach 138, in Hartberg 24. Ausgaben in Feldhof 723 501, in Lankowitz 35 159, in Kainbach 44 023, in Hartberg, 6711 Kr., pro Kopf und Tag in Feldhof 1 Kr. 90 h., in Lankowitz 83 h., in Kainbach 89 h., in Hartberg 84 h. Bestand 1295 (654 M. 641 Fr.), darunter mit Paralyse 79 (56 M. 23 Fr.), mit Alkoholismus 51; aufgenommen 554 (280 M. 274 Fr.), darunter mit Paralyse 80 (55 M. 25 Fr.), mit Alkoholismus 37. Abgang: geheilt 116 (47 M. 69 Fr.), in andere Anstalten 49 (30 M. 19 Fr.), sonstiger 175 (94 M. 81 Fr.), gestorben 189 (100 M. 89 Fr.), blieben 1344 (680 M. 664 Fr.), darunter mit Paralyse 99 (71 M. 28 Fr.), mit Alkoholismus 52, ohne Geistesstörung 3. An Trachomkranken verblieben 48. Todesursache war Tuberkulose bei 42, Herz- und Gefäßleiden bei 7. Besucher bei Kranken 9837. Gerichtsärztliche Kommissionen an 17 Tagen, wobei 354 Pfleglinge untersucht wurden.

Landes-Siechenanstalt Schwanberg mit 196 Betten unter Primärarzt *Buchberger*. Bestand blieb 196 (96 M. 100 Fr.).

Bericht der Landesirrenanstalt Valduna, Vorarlberg pro 1902/3. (Dir. Dr. *Pfausler.*)

Bestand am 1. Jan. 1903 145 (73 M. 72 Fr.), aufgenommen 70 (35 M. 35 Fr.), Abgang: geheilt 14 (4 M. 10 Fr.), in andere Anstalt 5 (4 M. 1 Fr.), sonstige 42 (22 M. 20 Fr.), gestorben 7 (6 M. 1 Fr.), blieben 147 (72 M. 75 Fr.), darunter mit Paralyse 8 (7 M. 1 Fr.). Unter den Aufgenommenen Krankheitsursache bei 24 Heredität, bei 3 Syphilis, bei 3 Kopftrauma, bei 11 Alkohol. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 4 bis 14 Tage, bei 3 bis 1 Mon., bei 3 bis 2 Mon., bei 1 bis 3 Mon., bei 2 bis 6 Mon., bei 1 bis 2 J. Aufenthaltsdauer derselben bei 5 bis 3 Mon., bei 4 bis 6 Mon., bei 3 bis 9 Mon., bei 1 bis 2 J., bei 1 bis 3 J. Kosten 101 442 K. Auf jeder Seite 2 Wachstationen. Auf Männerseite durchschnittlich bei 8 bis 15, auf Frauenseite bei 10—20 Kranken Bettbehandlung. 3260 warme Bäder

Digitized by Google

verabfolgt. Narcotica helfen. Abstinenz bei allen Kranken und Pflegepersonal. Einführung der Verköstigung in eigener Regie.

Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1903. Budapest 1904.

In den 3 öffentlichen Krankenhäusern zu Balassa-Gyarmat, Baja und Nagyvarad wurden Irrenabteilungen mit 120, 250 und 350 Plätzen zugefügt, in letzteren mit abgesondertem Terrain und mit Pavillons für ruhige Kranke. Die Krankenhäuser hatten 1903 534 Geisteskranke mehr (5927) als im vorherigen Jahre. 1904 werden größere Abteilungen hinzugefügt in Pécs und Satoraljaujhely und zwar für 300 und 120 Geisteskranke. 1903 Konzession zu 2 Privatirrenanstalten in der Nähe von Pest von Dr. *Niedermann* und Dr. *Ringer*, ebenso für Epileptische von Dr. *Wosinszky*. Mangel an Meldungen für Assistentenstellen. In den 4 Staatsanstalten war Bestand 2180 (1309 M. 871 Fr.), Aufnahmen 1300 (800 M. 500 Fr.), entlassen geheilt 232 (153 M. 79 Fr.), gebessert 208 (99 M. 109 Fr.), ungeheilt 599 (398 M. 201 Fr.), nicht-irre 11 (7 M. 4 Fr.), gestorben 372 (258 M. 114 Fr.), blieben 2058 (1194 M. 864 Fr.). Krankheitsursache 462mal Heredität, Schädelverletzung 54mal, Typhus 27mal, Syphilis 83mal, Alkoholismus 266mal, geistige Überanstrengung 20mal. Gemütserschütterung 136mal, Pellagra 10mal. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 43, bis 3 Mon. bei 35, bis 6 Mon. bei 17, bis 12 Mon. bei 10, bis 2 J. bei 9, über 2 J. bei 16, unbekannt bei 102. Todesursache: Krankheiten der Atmungsorgane bei 49, der Zirkulationsorgane bei 15, der Verdauungsorgane bei 20, Tuberkulose bei 6. Krankenbewegung in den zur Aufnahme einer größeren Zahl von Geisteskranken geeigneten Anstalten. Bestand 2776 (1516 M. 1260 Fr.), Aufnahmen 2853 (1711 M. 1142 Fr.), entlassen: geheilt 397 (232 M. 165 Fr.), gebessert 641 (381 M. 260 Fr.), ungeheilt 468 (266 M. 202 Fr.), nicht-irre 29 (17 M. 12 Fr.), gestorben 697 (440 M. 257 Fr.), blieben 3397 (1891 M. 1506 Fr.). Solche Anstalten sind: 1. Psychiatrische Klinik der Universität Kolosvár, 2. Spital des Zentralgefängnisses zu Budapest, 3. Staatsspital zu Pozsony, 4. allgemeine Krankenhäuser zu Baja, Balassa-Gyarmad, Budapesti Szent Janos-Korhaz (St. Johannesspital), Debreczca, Fiume Gyöngyös, Gyula, Kaposvar, Miscolez, Modos, Nagyvarad, Szalaka, Szeged, Szegszard, Temeswar. 5. Privatkrankenhäuser zu Eger. Spital der barmherzigen Brüder, Frauenspital der barmherzigen Schwestern zu Budapest, das Elisabeth-Pfründnerhaus zu Budapest, *Schwartzer*sche Privatirrenheilanstalt. In den kleineren Irrenabteilungen der Spitäler war der Bestand 314 (183 M. 131 Fr.), Aufnahme 933 (543 M. 390 Fr.), entlassen: geheilt 160 (105 M. 55 Fr.), gebessert 317 (181 M. 136 Fr.), ungeheilt 281 (165 M. 116 Fr.), nicht-irre 9 (6 M. 3 Fr.), gestorben 141 (84 M. 57 Fr.), blieben 339 (185 M. 154 Fr.).

In den 12 Krankenhäusern mit öffentlichem Charakter war Bestand 51. (15 M. 36 Fr.), Aufnahme 145 (86 M. 59 Fr.), entlassen: geheilt 22 (13 M. 9 Fr.), gebessert 50 (33 M. 17 Fr.), ungeheilt 42 (26 M. 16 Fr.), nicht-irre 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 17 (6 M. 11 Fr.), blieben 63 (22 M. 41 Fr.).

Digitized by Google

In den Privatkrankenhäusern Budapest Frimai, Pelsicz Blum und Zolyombrezo vasgyari Korhaz Bestand 75 (54 M. 21 Fr.), Zugang 17 (9 M. 8 Fr.), entlassen: gebessert 5 (3 M. 2 Fr.), ungeheilt 11 (5 M. 6 Fr.), gestorben 6 M., blieben 70 (49 M. 21 Fr.).

Geisteskrankenbewegung sämtlicher Landesanstalten: Bestand 5396 (3077 M. 2319 Fr.), Aufnahme 5248 (3149 M. 2099 Fr.), entlassen: geheilt 812 (504 M. 308 Fr.), gebessert 1221 (697 M. 524 Fr.), ungeheilt 1402 (859 M. 543 Fr.), nicht irre 50 (31 M. 19 Fr.), gestorben 1232 (793 M. 439 Fr.), blieben 5927 (3342 M. 2585 Fr.).

Die im Jahre 1901 durch die Ärzte ausgeführte namentliche Zählung der Geisteskranken und Idioten, verglichen mit der Volkszählung im Jahre 1900 ergab: in Ungarn und Fiume eine Seelenzahl von 16 721 574 und 12 619 Geisteskranke sowie 19 600 Idioten. Nach den Ergebnissen der Amtsärzte in der Zählung 1890 an Geisteskranken 15 586 und an Idioten 26 659.

Bericht der zürcherischen Irrenheilanstalt Burghölzli pro 1903. (Dir. Dr. *Bleuler.*)

Bestand 386 (186 M. 200 Fr.), Aufnahme 303 (164 M. 139 Fr.), entlassen und gestorben 309 (172 M. 137 Fr.), blieben 380 (178 M. 202 Fr.). Unter den frisch Aufgenommenen 14 (9 M. 5 Fr.) mit allgemeiner Paralyse, mit Hirnsyphilis 3, mit org. traumatischer Psychose 4, mit Alkoholismus 38, unter den nicht frischen Fällen 7 (2 M. 5 Fr.) mit allgemeiner Paralyse, mit Alkoholismus 7, geistig gesund 3. Abgang: geheilt 35 (19 M. 16 Fr.), gebessert 122 (70 M. 52 Fr.), ungebessert 100 (57 M. 43 Fr.), gestorben 44 (24 M. 20 Fr.), geistig gesund 8 (2 M. 6 Fr.) Todesursache bei 3 Karzinom, bei 2 Phthisis, bei 2 Herzleiden, bei 2 Nephritis. 66 motivierte Gutachten wurden abgegeben. Entwichen 3 M. Freien Ausgang erhielten 67, innerhalb des Parks 54, innerhalb der Höfe 44. Bettgurt bei 1 durch ¼ Stunde, und bei 1 mit Dem. praecox durch 25 Stunden mit durchschlagend gutem Erfolge. Deckelbad nur 1 mal. Handschuhe bei 1 M. und bei 4 Fr. Beschäftigt 67% M. und 78% Fr. Urlaub an M. 47 mal auf 926 Tage, an Fr. 49 mal auf 1559 Tage. Neuer Wachsaal für Fr., auf welchem im Sommer 20 flagrante Manien gleichzeitig untergebracht waren ohne besondere Störung. Qualität des Wartpersonales nicht befriedigend, auch die Zahl zu gering. Ausgabe 429 010 Fr. Ein elektrisches Läutewerk macht bei Bädern aufmerksam, daß das Wasser die höchste zulässige Temperatur erreicht habe. Die Lingerie wurde mit Gittern versehen.

Bericht der Irrenanstalt St. Urban pro 1902/3. (Dir. Dr. *Jost Lisibach.*)

Bestand 1. Jan. 1902 459 (207 M. 252 Fr.), Aufnahme 149 (71 M. 78 Fr.), entlassen: geheilt 32 (14 M. 18 Fr.), gebessert 51 (24 M. 27 Fr.).

Digitized by Google

ungebessert 26 (11 M. 15 Fr.), gestorben 27 (16 M. 11 Fr.), blieben 472 (213 M. 259 Fr.). Dazu 1903 Aufnahme 159 (90 M. 69 Fr.), entlassen: geheilt 40 (19 M. 21 Fr.), gebessert 49 (27 M. 22 Fr.), ungebessert 26 (13 M. 13 Fr.), gestorben 32 (17 M. 15 Fr.), blieben 484 (227 M. 257 Fr.). Ursache 1903 bei 12 Alkohol, bei 5 Kopftrauma, bei 3 Überanstrengung, bei 16 gemütliche Emotion, bei 3 Lues, bei 17 körperliche Krankheiten, bei 106 Ursache nicht nachweisbar. Todesursache bei 9 Tuberkulose, bei 5 Herz- und Gefäßleiden, bei 1 Alkoholismus chronicus. Platzmangel. 1902 Fertigstellung und Bezug des neuen Pavillons mit Überwachungsstation für aufgeregte Männer. Umbau der Wäscherei begonnen. 1903 Verbesserung aller Abtrittsanlagen. 1 nicht erwartetes Suicid. 1903 9 Entweichungen. Ausgaben 1903 320 566 Fr. Die Erträgnisse der beiden Anstaltshöfe Weiherhof und Sonnhaldenhof und der Wälder beziffern sich 1903 auf 104 705 Fr. und ihre Kosten auf 31 052 Fr.

Berichte der bernischen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay pro 1903. (Dir. Dr. *von Speyr*, *Glaser* und *Brauchli*.)

Waldau: Bestand 555 (278 M. 277 Fr.), darunter mit organischen Störungen 41 (20 M. 21 Fr.), Intoxikationspsychosen 29. Aufnahme 115 (59 M. 56 Fr.), darunter mit organischen Störungen 21 (10 M. 11 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 7, entlassen: genesen 37 (10 M. 27 Fr.), nicht-irre 1 Fr., gebessert 48 (25 M. 23 Fr.), ungebessert 25 (18 M. 7 Fr.), gestorben 20 12 M. 8 Fr.), blieben 577 (286 M. 291 Fr.). Überfüllung, über 100 Kranke mußten abgewiesen werden. Zur gerichtlichen Begutachtung kamen 8. 25 Entweichungen. Todesursache bei 2 Suicid, bei 1 Erstickung durch eine andere Kranke, bei 2 Tuberkulose, 1 Suicid durch ungenügende Sicherung eines kleinen Fensterflügels im zweiten Stock. Privatpflege will nicht recht gedeihen. Wechsel im Wartpersonal noch zu groß. Kosten eines Kranken pro Jahr 780 Fr.

Münsingen: Bestand 600 (290 M. 310 Fr.), Aufnahme 253 (116 M. 137 Fr.), darunter mit Dem. par. 6 (2 M. 4 Fr.), mit Alkoholismus 23. nicht irre 8, erblich belastet 102. Entlassen 188, darunter geheilt 19 (4 M. 15 Fr.).. nicht irre 8 (7 M. 1 Fr.), gebessert 83 (38 M. 45 Fr.), ungebessert 50 (29 M. 21 Fr.), gestorben 28 (13 M. 15 Fr.), blieben 665 (315 M. 350 Fr.). 17 Entweichungen. Todesursache bei 4 Pneumonie, bei 4 Herzleiden. Bettenzahl 730. Ausgabe 430 563 Fr., für 1 Kranken pro Jahr 606 Fr.

Bellelay: Bestand 276 (116 M. 160 Fr.), Anfnahme 30 (15 M. 15 Fr.). Die Zahl der auf Aufnahme Wartenden betrug 44, wovon 20 Aufnahme finden konnten. 260 Plätze. Die Kinderabteilung ist für 72 eingerichtet. Die mangelhafte Ausfüllung der Aufnahmeformulare verzögert hier. Entlassen: nicht-irre 1 M., gebessert 1 M., ungebessert 2 Fr., gestorben 6 (5 M. 1 Fr.),

Digitized by Google

blieben 296 (124 M. 172 Fr.). Kosten 194 626 Fr., für 1 Kranken pro Jahr 681 Fr.

46. Bericht der Heilanstalt St. Pirminsberg pro 1903. (Dir. Dr. *Häberlin.*)

Bestand 241 (125 M. 116 Fr.), Aufnahme 110 (50 M. 60 Fr.). Abgang: genesen 37 (19 M. 18 Fr.), gebessert 42 (21 M. 21 Fr.), ungebessert 20 (6 M. 14 Fr.), gestorben 13 (10 M. 3 Fr.), blieben 239 (119 M. 120 Fr.), darunter mit organischer Psychose 20 (10 M. 10 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 10, nicht-irre 1. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bei 17 bis 1 Mon., bei 7 bis 3 Mon., bei 6 bis 6 Mon., bei 6 über 1 J.; Behandlungsdauer bei 3 bis 1 Mon., bei 12 bis 3 Mon., bei 9 bis 6 Mon., bei 7 bis 12 Mon., bei 5 über 1 J. Krankheitsursache bei frischer Aufnahme Trauma capitis in 2 Fällen, Lues in 1 Fall, Arteriosklerose in 2 Fällen, Alkohol in 13 Fällen. Todesursache 4mal Herzfehler, 5mal Tuberkulose. Kosten pro Kopf und Tag 2.22 Fr. Auf der Abteilung für unruhige Männer herrscht wegen der ungenügenden Zahl von Isolierräumen fast stets Platzmangel. 3 Entweichungen. Bettruhe befriedigte in den frischen Fällen. Wachsäle in der Regel stark besetzt. Deckelbäder bei den Männern häufiger. Künstliche Ernährung bei 6 Männern, bei einem Paranoiker 110mal, bei einer Katatonika im Stupor 220mal. Beschäftigt 57 % Frauen, 40 % Männer. Die Kolonie wurde im Sommer von 14 Kranken benutzt.

12. Bericht des Kantonalen Asyls in Wil pro 1903. (Dir. Dr. *Schiller.*

Bestand 683 (359 M. 324 F.). Aufnahme 417 (209 M. 208 Fr.), entlassen: geheilt 59 (18 M. 41 Fr.), gebessert 103 (68 M. 35 Fr.), ungebessert 80 (47 M. 33 Fr.), gestorben 160 (80 M. 80 Fr.), blieben 697 (355 M. 342 Fr.). Im Bestande waren mit Paralyse und organischen Krankheiten 78 (48 M. 30 Fr.), mit Intoxikation 38, im Zugange jene mit 85 (43 M. 42 Fr.), diese mit 34, im Abgange jene als geheilt 5 (2 M. 3 Fr.), gebessert 3, ungeheilt 13, gestorben 61, geblieben 81 (45 M. 36 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 32, bis 3 Mon. bei 9, bis 6 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 2, über 1 J. bei 12. Aufenthaltsdauer derselben bis 1 Mon. bei 15, bis 3 Mon. bei 30, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 2, über 1 J. bei 3. Todesursache bei 14 allgemeine Tuberkulose, bei 6 Status epilepticus, bei 23 Pneumonie, bei 35 Degeneratio myocardii. Ausgabe pro Kopf und Tag 1.60 Fr. Haus für ruhige Frauen eröffnet. Alle Aufnahmegesuche konnten sofort erledigt werden. Heredität der Aufgenommenen nachgewiesen bei 67 % M. und 64 % Fr. Krankheitsursache Alkohol bei 46, Lues bei 2, Kopftrauma bei 4, 2 Suicide, 6 Entweichungen. Der Schweinebestand beträgt 200.

Digitized by Google

Bericht der Anstalt Königsfelden (Aargau) pro 1903. (Dir. Dr. *Frölich.*)

Bestand 658 (289 M. 369 Fr.), darunter 41 Intoxikationspsychosen und 32 organische Störungen, 36 Epileptische. Zuwachs 173 (92 M. 81 Fr.), darunter Intoxikation 12, organische Störungen 29, Epileptische 3. Abgegangen: geheilt 37 (26 M. 11 Fr.), gebessert 63 (35 M. 28 Fr.), ungeändert 24 (10 M. 14 Fr.), gestorben 46 (20 M. 26 Fr.), blieben 661 (286 M. 375 Fr.). Aufenthaltsdauer der Genesenen bis 3 Mon. bei 20, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 6, bis 2 J. bei 2, über 2 J. bei 2. Tod durch Tuberkulose bei 5, durch Karzinom bei 2, Krankheiten der Atmung bei 18, Herzleiden bei 7, durch Suicid bei 1. Künstliche Ernährung 307 mal, Isolierung bei Tage 1401 mal, bei Nacht 2816 mal. Es arbeiteten 29 % M., 32 % Fr. Überfüllung. Expektantenliste. Ausgabe 477 431 Fr.

Bericht der Kantonalen Heilanstalt Friedmatt bei Basel pro 1903. (Dir. Dr. *L. Wille.*)

Bestand 267 (125 M. 142 Fr.), Aufnahme 240 (128 M. 112 Fr.), entlassen: geheilt 43 (25 M. 18 Fr.), gebessert 80 (48 M. 32 Fr.), ungebessert 67 (29 M. 38 Fr.), gestorben 28 (15 M. 13 Fr.), nicht-irre 3 (1 M. 2 Fr.), blieben 286 (135 M. 151 Fr.), darunter Paralytische 23 (19 M. 4 Fr.), Alkoholische 18 (8 M. 10 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bis 1 Mon. bei 25, bis 3 Mon. bei 13, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 1. Todesursache bei 2 Tuberkulose, Herzleiden bei 3. Keine Schwierigkeit beim Wechsel des Pflege-, wohl aber des Dienstpersonals. 3 Entweichungen. Ausgaben 272 984 Fr. Veronal ein treffliches Hypnotikum, Isopral führt rasch Schlaf herbei, Heroin bewährt sich als Antiaphrodisiacum.

12. Bericht der Irren- und Krankenanstalt zu Waldhaus pro 1903.

Bestand 274 (145 M. 129 Fr.), Aufnahme 108 (56 M. 52 Fr.), Abgang: genesen 19 (7 M. 12 Fr.), gebessert 40 (22 M. 18 Fr.), ungebessert 25 (13 M. 12 Fr.), gestorben 18 (7 M. 11 Fr.), blieben 280 (152 M. 128 Fr.). Ursache in den frischen Aufnahmen Syphilis bei 2, Epilepsie bei 2, eheliches Unglück bei 5, Alkohol bei 14. Bei den Genesenen hatten 11 erbliche, 7 nicht erbliche Anlage. Bei ihnen Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 11, bis 4 Mon. bei 3, bis 12 Mon. bei 4; Behandlungsdauer bis 1 Mon. bei 2, bis 3 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 J. bei 2. Todesursache bei 6 Tuberkulose, Atr. cerebri ex atheromat. bei 6, Nierenkrankheiten bei 1, Herzleiden bei 2, Trauma capitis bei 1. Überfüllung. 8 Fluchtversuche. Sondenernährung bei 8 Kranken. Ausgaben 226 848 M.

Digitized by Google

Bericht der Heilanstalt Rosegg pro 1903. (Dir. Dr. *Grepp.*)

Bestand 313 (177 M. 136 Fr.). Aufnahme 63 (35 M. 28 Fr.), entlassen: geheilt 14 (8 M. 6 Fr.), gebessert 20 (15 M. 5 Fr.), ungeheilt 9 (7 M. 2 Fr.), gestorben 30 (14 M. 16 Fr.), blieben 300 (165 M. 135 Fr.). Unter den Aufgenommenen 1 M. mit paralytischer, 6 M. und 1 Fr. mit alkoholischer Geistesstörung, 3 M. nicht-irre, 35 mit Heredität. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bei 4 bis 4 Wochen, bis 2 Mon. bei 2, bis 4 Mon. bei 6, bis 8 Mon. bei 2. Behandlungsdauer bei 2 bis 4 Wochen, bei 4 bis 4 Mon., bei 5 bis 5 Mon., bei 1 bis 12 Mon., bei 2 bis 2 J. Todesursache bei 6 Lungenentzündung, bei 4 Phthisis, bei 5 Herzleiden, bei 3 Karzinom. Arbeitende 37 %. Ausgaben 234 068 Fr. Künstliche Ernährung 56mal.

Bericht der Thurgauischen Irrenanstalt Münsterlingen pro 1903. (Dir. Dr. *Frank.*)

Bestand 343 (122 M. 221 Fr.), Aufnahme 152 (79 M. 73 Fr.), darunter mit Dem. par. 7 (6 M. 1 Fr.), mit Alkoholismus 19, nicht-irre 3. Entlassen: geheilt 21 (14 M. 7 Fr.), gebessert 48 (18 M. 30 Fr.), ungebessert 33 (18 M. 15 Fr.), gestorben 22 (6 M. 16 Fr.), nicht-irre 1 M. Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 3 Mon. bei 15, bis 6 Mon. bei 3, bis 1 J. bei 3; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 15, bis 6 Mon. bei 2, bis 1 J. bei 4. Es starben an Tuberkulose 5, an Herzleiden 2. Bei vermehrtem Personal Bettbehandlung mit großem Erfolg eingeführt. Ausgaben 163 931 M.

55. Rapp. de la maison de Santé de Préfargier p. 1903. (Dir. Dr. *Godet.*)

Bestand 105, Aufnahme 61 (31 M. 30 Fr.), darunter 9 (7 M. 2 Fr.) mit Paral. gén., 6 mit Alkoholismus, entlassen: geheilt 26 (14 M. 12 Fr.), gebessert 11 (6 M. 5 Fr.), unverändert 14 (9 M. 5 Fr.), gestorben 8 (5 M. 3 Fr.), blieben 166 (108 M. 58 Fr.). Ausgaben 151 961 Fr., pro Kopf und Tag 3,70 Fr. Einführung der elektrischen Beleuchtung mit 575 Lampen und 42 048 Fr. Kosten. 28 ha Terrain.

Evangelische Heilanstalt „Sonnenhalde" für Frauen bei Richen pro 11. September 1903—1904. (Kons. Arzt Dr. *Burckhardt.* Anstaltsarzt Dr. *Ch. Bach-Georg.*)

Bestand 27. Von 127 Anmeldungen kamen 79 zur Annahme, davon 42 mit Heredität. Entlassen: geheilt 11, als Rekonvaleszenten 12, sehr gebessert 6, gebessert 35, ungebessert 9, gestorben 1. Ausgaben 102 153 Fr.

Digitized by Google

Bericht der Landesirrenanstalt in Buitenzorg (Java. Niederl.-Ostindien) von 1894 bis Juli 1901. Batavia 1902. (Dir. Dr. *J. W. Hofmann.*)

In deutscher Sprache mitgeteilt. Anstalt errichtet 1882. Reglement für das Irrenwesen in Niederländisch-Ostindien. Eine sonst übliche Statistik ist über die inländischen Kranken nicht zu geben, Anamnese meist nicht zu ermitteln. 12 single-rooms wurden in einen Observationssaal umgewandelt. Das Terrain nahe der Anstalt ist in eine Kaffeepflanzung umgeschaffen mit 2100 jungen Liberiakaffeebäumchen. Kapok wurde jährlich 82 kg gesammelt. 1898 wurden Telephonverbindungen überall hergestellt. Gasglühlicht erleuchtet. Durch Bettbehandlung, prolongierte Bäder, Wachsäle wurde in den Bambusrohrwohnungen große Ruhe erzielt. Bambusrohr, ca. 1½ m hoch, trennt die einzelnen Abteilungen. Seit drei Jahren ist kein einziger Kranker isoliert worden. Es haben jetzt alle Patienten beiderlei Nationalität und beiderlei Geschlechts ihr eigenes Krankenzimmer. Prüfung für Irren- und Krankenpflege, Ende 1900 gab es 19 europäische Pflegerinnen und Zöglinge. Jede Abteilung für europäische Männer steht unter Aufsicht einer Pflegerin, außerdem 15 europäische und 50 inländische Pfleger in den Wohnungen der europäischen und eingeborenen Männer, während außer den europäischen Pflegerinnen 31 inländische Pflegerinnen für die Frauenabteilung sorgten. Eigenes Pflegerinnenheim. Die Pflegerinnen mit 5 jähriger Dienstzeit können dann ihre Entlassung einreichen, nach 20 jähriger haben sie Anspruch auf Pension von 210 Gulden. 1894 bis 1897 keine Neigung zu entweichen oder Suicid zu versuchen. Am 1. Jan. 1901 wurden 575 Kranke verpflegt: 343 M. (158 europäische, 183 inländische) und 230 Fr. (50 europäische und 180 inländische). 54 Stellen für Europäer unbesetzt, 1900 litten an Beri-Beri 5, an Phthisis 2, an Dysenterie 5, an dem. par. 2, an Epilepsie 2. Forensisch-ärztliche Gutachten. Bakteriologische Untersuchungen eingeführt. Kurzer Auszug von einigen Fällen aus dem Sektionsregister. Bericht über epidemisch auftretende Beri-Beri. 6 Bilder aus der Anstalt.

8. Report of the Manhattan State Hospital of New York. For the year end. Sept. 1903. (Dir. Dr. *A. E. Macdonald.*)

Bestand 1664 (1164 M. 500 Fr.), Aufnahme 766 (702 M. 64 Fr.), entlassen: geheilt 79 M., gebessert 155 (147 M. 8 Fr.), ungeheilt 101 (74 M. 27 Fr.), gestorben 234 (205 M. 29 Fr.), blieben 1861 (1361 M. 500 Fr.), Normalzahl 1425. Eröffnung am 1. Okt. 1888. Ursache der Erkrankung vor der Aufnahme im Berichtsjahre war bei 189 Ausschweifung, bei 49 Venerie, bei 19 Masturbation, bei 10 Sonnenstich, bei 25 Epilepsie, bei 15 Schädel- und Gehirnkrankheiten, bei 50 Heredität. Die Krankheitsform der Aufnahmen war seit Eröffnung 1888 1714 mal Manie, wovon 329 genasen und 422 starben, 4907 mal Melancholie, wovon 861 genasen und 671 starben, 2045 mal Paralysis

Digitized by Google

generalis, nicht-irre 13 mal. Von den Genesenen hatten die Krankheit vor der Aufnahme 448 1 Mon., 274 bis 3 Mon., 89 bis 6 Mon., 42 bis 9 Mon., 18 bis 1 J., 29 bis 18 Mon., 17 bis 2 J., 23 bis 3 J., 4 bis 4 J., 3 bis 5 J., 4 bis 10 J., 1 bis 20 J., 311 ungewisse Zeit. Deren Behandlungsdauer war bei 34 1 Mon., bei 310 bis 3 Mon., bei 354 bis 6 Mon., bei 217 bis 9 Mon., bei 122 bis 1 J., bei 112 bis 18 Mon., bei 46 bis 2 J., bei 39 bis 3 J., bei 13 bis 4 J., bei 6 bis 5 J., bei 9 bis 10 J., bei 1 bis 20 J. Seit Eröffnung starben an Typhus 2, an Pyämie 41, an Tuberkulose 71, an Darmstörungen 302, an Brustkrankheiten außer Tuberkulose 889, an Herz- und Gefäßleiden 457, an organischen Gehirnstörungen 199, an Unglücksfällen 10, an Suicid 29, an Krebs 16. Zwischen 40 und 50 J. erkrankten die meisten, 2352, doch waren zwischen 70 und 80 J. 271 und 77 zwischen 80 und 90 J., darüber 15. Von den Genesenen standen 39 zwischen 60 und 70 J., 1 zwischen 70 und 80 J., 2 über 90 J. Seit Eröffnung wurden behandelt 2093 aus Deutschland, 2258 aus Irland, 311 aus Österreich, 4322 aus Nordamerika. Ausführliche Angaben über die Resultate der in Sommer- und Winterzelten untergebrachten tuberkulösen Kranken. Ausgaben 316 274 D. 6 Illustrationen dienen zur Erläuterung.

Report of the Butler Hospital, Providence pro 1903. (Super. Dr. *Alder Blumer.*)

Bestand 175 (85 M. und 90 Fr.). Aufnahme 44 M. und 56 Fr., entlassen 168 (78 M. 90 Fr.), davon 20 geheilt, 30 gebessert, 22 ungeheilt, 8 nicht-irre, 23 gestorben. 42 kamen freiwillig in die Anstalt. Zur Diagnose wird häufig die Lumbarpunktion angewendet. Hydrotherapie oft angewendet. Ausgaben 150 153 D. 5 Illustrationen zieren den Bericht.

Report of Pennsylvania Hospital pro 1903/4. (Super. Dr. *John B. Chapin.*)

Bestand 464 (207 M. 257 Fr.). Aufnahme 193 (93 M. 100 Fr.). Abgang: genesen 52 (27 M. 25 Fr.), sehr gebessert 29 (8 M. 21 Fr.), gebessert 29 (18 M. 11 Fr.), ungebessert 45 (25 M. 20 Fr.), gestorben 45 (25 M. 20 Fr.), blieben 445 (185 M. 260 Fr.).

Seit Öffnung der Anstalt 1841 im jetzigen Lokal sind aufgenommen: 12 310, von denen genasen 4955 (2450 M. 2505 Fr.), gebessert 3143 (1517 M. 1626 Fr.), ungebessert entlassen wurden 1757 (1130 M. 627 Fr.) und 1859 1049 M. 801 Fr.) starben. Die Zahl der in das frühere Pennsylvania-Hospital bis zur Eröffnung des Depart. in West-Philadelphia 1841 Aufgenommenen betrug 4 360. Die Krankheitsdauer der 12 310 vor der Aufnahme war bei 5219 bis 3 Mon., bei 1442 bis 6 Mon., bei 1516 bis 1 J., bei 3652 bis 10 J., bei 446 darüber, ungewiß bei 42. Die Krankheitsform war bei 9728 Manie, bei 3340 Melancholie, bei 1626 Dementia, bei 61 Delirien, bei 16 Imbezillität,

Digitized by Google

bei 1179 Monomanie, bei 341 Paresis, bei 25 Nervenstörungen, darunter 187 Alkoholisten und Opiumtrinker, darunter 39 unter 10 J., zwischen 20 und 30 J. 3292, zwischen 70 und 80 J. 13, zwischen 80 und 90 J. 37. Darunter 118 aus England, 639 aus Deutschland, 1332 aus Irland, ferner 9025 mit 1, im 30., 32. und 33. Anfall 3. Ausgabe 236 117 D. 10 Bilder mit mehreren Ärzten, Wohltäterinnen und Gebäuden zieren den Bericht.

Report of Pavillon F. Department for mental Diseases of Albany Hospital for the year ending Febr. 29. 1904.

Bestand am 1. März 1903 14 (8 M. 6 Fr.). Aufgenommen 19 M. und 67 Fr., entlassen 157 (91 M. 66 Fr.), blieben 7 M. und 7 Fr. Seit Eröffnung am 18. Febr. 1902 aufgenommen 331 (194 M. 137 Fr.), davon mit akutem Delirium 24, mit Verwirrung 13, mit Melancholie 65, mit Manie 25, mit Par. gener. 10, mit Del. trem. 65, mit Trunkenheit 25, mit organischen Gehirnstörungen 4, mit Hydrophobie 1. Von den 1517 Kranken genasen 51, wurden gebessert 43, 41 wurden ungeheilt entlassen und 41 starben. Der Pavillon ist für 33 bestimmt, 17 oben für Frauen, 16 unten für Männer. 4 Betten in je 1 Zimmer, sonst Einzelzimmer.

44. Report of the Matteawan State Hospital for the year ending Sept. 30. 1903. (Super. Dr. *H. E. Allison.*)

Aufnahmen seit Eröffnung am 2. Febr. 1859 2646 (2475 M. 171 Fr.), entlassen: geheilt 642 (618 M. 24 Fr.), gebessert 426 (396 M. 30 Fr.), ungebessert 505 (484 M. 21 Fr.), nicht-irre 94 (90 M. 4 Fr.), gestorben 383 (367 M. 16 Fr.), blieben 588 (513 M. 75 Fr.). Bettenzahl 550. Seit Sept. 1875 war die Ursache der Erkrankung bei 232 Gefängnisstrafe, bei 138 Unmäßigkeit, bei 184 Masturbation, bei 12 Sonnenstich, bei 56 Epilepsie, bei 8 Influenza, bei 133 Heredität, unermittelt bei 1143, nicht-irre 54. Krankheitsformen bei 896 Manie, bei 863 Melancholie, bei 74 (72 M. 2 Fr.) Paral. gen. Todesursache bei 134 Tuberkulose, bei 25 Lungenentzündung, bei 24 Herzleiden, bei 1 durch Zufälle, bei 14 Suicid.

Seit 1. Okt. 1888 Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 118 unter 1 Mon., bei 61 bis 3 Mon., bei 30 bis 6 Mon., bis 9 Mon. bei 15, bis 1 J. bei 4, bis 18 Mon. bei 9, bis 2 J. bei 1, bis 3 J. bei 6, bis 5 J. bei 4, bis 10 J. bei 1, bis 20 J. bei 1, unermittelt bei 116. Aufenthaltsdauer der Genesenen unter 1 Mon. bei 1, bis 3 Mon. bei 13, bis 6 Mon. bei 40, bis 9 Mon. bei 63, bis 1 J. bei 50, bis 18 Mon. bei 55, bis 2 J. bei 59, bis 3 J. bei 43, bis 4 J. bei 23, bis 5 J. bei 10, bis 10 J. bei 9. Alter der Genesenen seit Eröffnung 1859 bei 26 von 10 bis 20 J., bei 356 bis 30 J., bei 169 bis 40 J., bei 52 bis 50 J., bei 24 bis 60 J., bei 7 bis 70 J., bei 2 bis 80 J., unermittelt bei 6. Unter den seit Eröffnung Aufgenommenen waren 1243 aus New-York, 96 aus England, 234 aus Deutschland, 321 aus Irland, 113 aus Italien. Kosten 1903 102 983 Doll., pro Kopf 174 Doll.

Digitized by Google

77. Report of James Murray's Royal Asylum, Perth for the year ending 31. March 1904. (Sup. Dr. *A. R. Urquhart*).

Bestand 1. Jan. 1903 132 (70 M. 62 Fr.), Aufnahme 37 (20 M. 17 Fr.), entlassen: geheilt 16 (7 M. 9 Fr.), gebessert 8 (4 M. 4 Fr.), ungebessert 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 9 (2 M. 7 Fr.), blieben 132 (75 M. 57 Fr.) am 31. Dez. 1903. Vom 1. Jan. 1865 bis Ende Dez. 1903: Bestand 1. Jan. 1865 71 (37 M. 34 Fr.), Aufnahmen 1215 (617 M. 598 Fr.), davon genasen 379 (178 M. 201 Fr.), gebessert 333 (171 M. 162 Fr.), ungebessert 157 (75 M. 82 Fr.), gestorben 214 (118 M. 96 Fr.). Seit Eröffnung am 30. Juni 1827 Aufnahme 2612 (1302 M. 1310 Fr.), davon genesen 1002 (440 M. 562 Fr.), gebessert 544 (268 M. 276 Fr.), ungebessert 444 (233 M. 211 Fr.), gestorben 490 (286 M. 204 Fr.). Todesursache 1903 bei 1 Phthisis, bei 1 Herzleiden. Aufenthaltsdauer der Geheilten unter 3 Mon. bei 1, unter 6 Mon. bei 10, unter 9 Mon. bei 3, unter 2 J. bei 1, bis 5 J. bei 1; Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 9. Ausgabe 13 750 Lstr. Todesursache bei 1 Phthisis, bei 1 Herzleiden, bei 1 Suicid. 4 mal bedurfte ein Hirnkranker des Restraint und Isolirung. 2 neue Villen, 1 Kapelle im Bau. Die von den Inwohnern der Anstalt vierteljährlich herausgegebene Zeitschrift „Excelsior" ist nunmehr schon im 13. Bande erschienen.

Bericht des Hilfsvereins in Eberswalde pro 1903. 82 S.

Zahl der Mitglieder 325. Beiträge 2113 M., zur Unterstützung 4217 M. ausgegeben in 198 Fällen für 123 Personen. Bestand am Schlusse des Jahres 35 704 M. Im Beginn ein Vortrag von Dir. Dr. *Karl Zinn*: „Über Geisteskrankheiten und Irrenanstalten". Anweisungen für die Familienpflege. Dr. *Riebeth*: „Über Besuche bei den Kranken", Dr. *Schmitz*: „Der Briefwechsel über unsere Kranken und mit unseren Kranken". Zur Nachricht für die Familie von in der Anstalt befindlichen Kranken. Reglement für die Landesirrenanstalten der Provinz. Aufnahmebezirke der einzelnen Anstalten. Satzung des Vereins. Mitgliederverzeichnis.

3. Bericht des Hilfsvereins in der Rheinprovinz pro 1903.

Vortrag von Dr. *L. Scholz*: „Die Grenzen des Irreseins". Mitgliederzahl 5432. Eine gedruckte Anleitung für die Vertrauenspersonen wurde verteilt. Einnahme 15 243 M. An Unterstützungen ausgegeben 9874 M. Mitgliederverzeichnis von S. 13—74.

Bericht des Hilfsvereins in Hessen pro 1903/4.

In den größeren Städten ist die Beteiligung relativ geringer, als in den kleineren und auf dem Lande, obgleich dorthin größere Gaben fallen, Gießen ausgenommen. 10. Mai 1903 Zahl der Anstaltskranken 1743 und die der Entlassenen im letzten Jahre 547. Nicht auf die Höhe der Gabe kommt es

Digitized by Google

an, sondern auf die Gabe an sich und auf die Zahl der Geber. Die Jahreskollekte ergab 59400 Geber und als ständige 140 Gemeinden, 1 Kirchenkasse und 1 Ortsgewerbeverein, mit 25483 M. Die Gesamteinnahme betrug 33053 M. und die Ausgabe 32762 M. Das Vermögen des Hilfsvereins beträgt 68977 M. Zahl der Vertrauensmänner 937.

Bericht des Hilfsvereins in Württemberg pro 1901/3.

Die Unterstützung in diesen beiden Jahren belief sich auf 7333 M. für 103 Personen. Direkte Zahlungen werden möglichst vermieden. Vereinsmitglieder 1405. Statut. Anleitung für die Tätigkeit der Vertrauensmänner des Hilfsvereins.

37. Bericht des St. Gallenschen Hilfsvereins pro 1903.

39 Kranke unterstützt, verausgabt 4902 M. Einige Beispiele. 3180 Mitglieder des Vereins. Vermögensstand 97308 Fr. Vortrag von Dr. *A. Müller*: „Die Rolle des Alkohol bei den Geisteskrankheiten".

28. Bericht des Hilfsvereins in Zürich pro 1903.

Revidierte Statuten. Seit 16 Jahren wird Näh- und Strickarbeit als Nebenverdienst an arme weibliche Entlassene verteilt. Eingenommen 9494 Fr., ausgegeben an 140 Kranke 5187 Fr., zu Kostgeldern in Burghölzli und Rheinau für 10 Kranke 1048 Fr. Vortrag von Dr. *v. Muralt*: „Über erbliche Belastung bei Geisteskranken".

30. Bericht des Hilfsvereins im Kanton Luzern pro 1903.

Aufgaben des Hilfsvereins. 4210 Mitglieder. Unterstützung an 157 Personen 13600 Fr. Vermögen 139425 Fr. Vortrag des Anstaltspfarrers *Weiler* in St. Urban: „Die Seelsorge in der Irrenanstalt".

Digitized by Google

Inhalt.

1. Psychologie und 2. Psychophysik. Ref.: Arthur Wreschner-Zürich . . . . . Seite 1*

J. Richter und *H. Wamser*, Experimentelle Untersuchung der beim Nachzeichnen von Strecken und Winkeln entstehenden Größenfehler. *O. Lipmann*, Die Wirkung der einzelnen Wiederholungen auf verschieden starke und verschieden alte Assoziationen. *E. Ebert* und *E. Meumann*, Über einige Grundfragen der Psychologie der Übungsphänomene im Bereiche des Gedächtnisses, zugleich ein Beitrag zur Psychologie der formalen Geistesbildung. A. Untersuchung der Wirkung einseitig mechanischer Übung auf die Gesamtgedächtnisfunktion. B. Über ökonomische Lernmethoden. *E. Becher*, Experimentelle und kritische Beiträge zur Psychologie des Lesens bei kurzen Expositionszeiten. *M. Lobsien*, Über Farbenkenntnis bei Schulkindern. *W. Stern*, Die Aussage als geistige Leistung und als Verhörsprodukt. Experimentelle Schüleruntersuchungen. *W. Specht*, Intervall und Arbeit. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des durch akustische Reize begrenzten Intervalls auf den zeitlichen und formalen Verlauf körperlicher Arbeitsverrichtung. *F. Kiesow*, Zur Frage nach der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung im sensiblen Nerven des Menschen. *F. Kiesow*, Ein Beitrag zur Frage nach den Reaktionszeiten der Geschmacksempfindungen. *F. Kiesow*, Über die Tastempfindlichkeit der Körperoberfläche für punktuelle mechanische Reize. *Jos. Fröbes*, Ein Beitrag über die sogenannten Vergleichungen übermerklicher Empfindungsunterschiede. *F. Schumann*, Beiträge zur Analyse der Gesichtswahrnehmungen. IV. Abhandlung. Zur Schätzung der Richtung. *F. Kiesow*, Über die einfachen Reaktionszeiten der taktilen Belastungsempfindung.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: Ernst Schultze-Greifswald . . . . . Seite 54*

Näcke, P., Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin. Mit Bemerkungen über Homosexualität. *Aschaffenburg, Gustav*, Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. *Leppmann*, Die strafrechtliche Behandlung der geistig Minderwertigen. *Popow, Richard*, Die Notwendigkeit kriminologischer Einzelbeobachtungen. *Wertheimer, Max*, und *Klein, Julius*, Psychologische Tatbestandsdiagnostik. *Lohsing*, Zur Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses. *Hellwig, Albert*, Zur Verhütung von Meineiden. *Hahn*, Zum Thema über die falschen Wahrnehmungen von Verletzten. *Felke, Stefan*, Beitrag zur forensischen Kasuistik der solitären Erinnerungstäuschungen. *Steinbiß, Walter*, Über einen seltenen Fall transitorischer Bewußtseinsstörung. — *y* —, Die Ermordung eines fünfjährigen Knaben. Aberglaube des Mörders. *Lohsing*, Ein

Digitized by Google

Vorschlag zur Verminderung der Beschäftigungslosigkeit in den österreichischen Gerichtsgefängnissen. *Weygandt, W.*, Psychiatrische Begutachtung bei Vergehen und Verbrechen im Amt eines degenerativ-homosexuellen Alkoholisten. *Wilhelm, Eugen*, Ein Fall von sogenannter „Kleptomanie". *Groß, Hans*, Zum Falle „Ein Kannibale" (von Staatsanwalt Dr. Nemanitsch). *Siefert*, Zur Frage der Schlaftrunkenheit. *Placzek*, Experimentelle Untersuchungen über die Zeugenaussagen Schwachsinniger. *Ertel*, Ein zwölfjähriger Mörder. *Moll, Albert*, Ein forensischer Fall von spiritistischem Aberglauben und angeblicher Hypnotisierung. *Hietz, H.*, Gutachten über einen Fall von chronischem Alkoholwahnsinn (Entmündigung wurde abgelehnt). *Näcke*, Die Überempfindlichkeit gewisser Sinne als ein möglicher kriminogener Faktor. *Ossewald*, Gutachten über einen Fall von pathologischem Rauschzustand. *Hoppe*, Simulation und Geistesstörung. Fortsetzung und Schluß. *Glos, A.*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Simulation von Geisteskrankheit. *Junck, Ernst*, Die Trunkenheit im Militärstrafverfahren. *Rieger*, Über Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Obergutachten der Königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, betreffend einen Fall zweifelhafter Dienstfähigkeit bei Paranoia chronica. *Jörger, J.*, Beitrag zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. *Raecke*, Gutachten über den Geisteszustand des Philipp B. *Kuan, H.*, Befund und Gutachten über eine traumatische Hystero-Neurasthenie nach Schreck bei einem Eisenbahnunfall. *Näcke, P.*, Spezialanstalten für geistig Minderwertige. *von Kunowsky*, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. *Näcke, P.*, Adnexe oder Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher. *von Kunowski*, Nochmals zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. *Liszt, Franz von*, Vorentwurf eines Gesetzes, betreffend die Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker und vermindert Zurechnungsfähiger. *Wolff, Gustav*, Zur Frage der Kompetenz des psychiatrischen Sachverständigen. *Steinde, Karl*, Die nervösen und psychischen Störungen bei Paralysis agitans. *Ossewald, K.*, Material zu § 1569 B.G.B. *Kompe, Karl*, Idiotismus und Imbezillität in strafrechtlicher Beziehung. *Schott, A.*, Wiederaufhebung der Entmündigung oder Umwandlung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in solche wegen Geistesschwäche? Nebst Bemerkungen über die Entmündigung wegen Geistesschwäche. *Grassl*, Die Selbstmorde in Bayern. Ein volkspsychologischer Beitrag. *Heller, Ludwig*, Hypnotismus, Suggestion und Magnetopathismus vom gesundheitlichen und medizinalpolizeilichen Standpunkte sowie von dem der Volkswohlfahrt. *Oberndorffer*, Dr. med., Assistent am Kgl. pathologischen Institut, und *Steinharter*, Dr. jur., Rechtsanwalt, Die posthypnotischen Aufträge in ihrer psychiatrischen und juristischen Bedeutung. *Liszt, Franz von*, Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und vermindert Zurechnungsfähige. *Hafter*, Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen im Vorentwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch. *Gaupp, Robert*, Über den heutigen Stand der Lehre vom „geborenen Verbrecher". *Bleuler, E.*, Zur Behandlung Gemeingefährlicher. *Näcke, Paul*, Über den Wert der sogen. Degenerationszeichen. *Hartmann, Jakob*, Über die hereditären Verhältnisse bei Verbrechern. *Merz, Hugo*, Die Kriminalität in den einzelnen österreichischen Kronländern und ihr Zusammenhang mit wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen. *Kräpelin, Emil*, Der Unterricht in der forensischen Psychiatrie. *Kräpelin, Emil*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. *Merz, Hugo*, Die Kriminalität der Mafia. *Flügge*, Einiges aus der Abteilung für irre Verbrecher in Düren. *Litten, Fritz*, Die Wirkung geistiger Störungen auf den rechtlichen Bestand der Ehe. *Hoegel, Hugo*, Die Behandlung der Minderwertigen. *Cramer, A.*, Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung? *Schwandner*, Aus der Praxis der vorläufigen Entlassung. *Heilbronner, Karl*, Die Ver-

Digitized by Google

sorgung der geisteskranken Verbrecher, mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisirrenabteilungen in Preußen. *Berze, Josef*, Zur Frage der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. *Krauss, Reinhold*, Das Berufsgeheimnis des Psychiaters. *Ferriani, Lino*, Der „Zynismus" bei den jugendlichen Verbrechern. *Schultz-Schultzenstein*, Gattenmord während einer Attacke bei chronischer Paranoia. *Bauer, Richard*, Ein Fall angeblicher Kleptomanie. *Raecke*, Zur Frage der Behandlung jugendlicher Verbrecher. *Jaeger*, Aus den Papieren eines Verbrechers.

4. Pathologische Anatomie. Ref.: Matusch-Sachsenberg . . . . . Seite 82*

Grinker, J., A case of juvenile tabes in a family of neurosyphilitics. *Bullard, W.*, The value of astereognosie as a localising symptom in cerebral affections. *Hamilton, A. S.*, Report on a case of erythromelalgia with the post-mortem findings. *Burr, C. W.*, The influence of fever on the pains of locomotor ataxia. *Brush, A. C.*, Report of two cases of meningeal tumor treated by ligature of their vessels. *Pershing*, Optic neuritis of unknown origin. *Kneass, S. S.* and *Sailer, J.*, A case of tuberculous meningitis with secundary infection. *Schlapp, M.* and *Walsh, J.*, Subcortical cyst and fibroma due to trauma producing Jacksonian epilepsy, cured by operation. *Langdon, F. W.*, Multiple neuritis. *Southard* and *Roberts*, A case of chronic internal hydrocephalus in a youth. *Fry*, A cerebellar tumor, operation, recovery. *Leszynski, W.*, A case of brain tumor. *Pritchard, W. B.*, Delirium grave. A critical study with report of a case with autopsy. *Da Costa*, The surgery of idiocy and insanity. *Weisenburg*, Uremic hemiplegia, with changes in the nerve cells of the brain and cord, and recent primary degeneration of one central motor tract. *Hoppe, H. H.*, A clinical and pathological contribution to the study of the central localisation of the sensory tract. *McKennan*, Two tumors of the brain. *Gordon, A.*, A microscopical study of the spinal cord not compressed by displaced vertebral in a case of Pott's disease, areas of necrosis in the cerebellum, one superior cerebellar peduncle and card; Rénaut's bodies in one sciatic nerve. *Hunt, J. R.*, The retrograde atrophy of the pyramidal tracts. *Collins, J.*, Purulent Myelitis, focal and disseminated. *Waterman* und *Pohack*, Fracture of the basis cranii followed by atrophy of both optic nerves and peculiar psychic phenomena.

5. Spezielle Pathologie und Therapie. Ref.: Umpfenbach-Bonn . . . . . Seite 87*

Wollenberg, R., Hypochondrie. *Skliar, N.*, Über Gefängnispsychosen. *Klein, F.*, Therapeutische Erfahrungen bei akuten Psychosen. *Liepmann, H.*, Über Ideenflucht. *Pick, A.*, Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. *Ziehen, Th.*, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. *Mapelon, René*, La démence précoce. *Evensen, Hans*, Dementia praecox. *Fickler, A.*, Ein Beitrag zur Pseudosklerose. *Senator, M.*, Eine Beobachtung über Zirkulationsstörung nach Veronal. *Pfeiffer*, Weitere Mitteilungen über die Wirkung des Veronals. *Beck, J.*, Ein Fall von Tetanus traumaticus. Heilung nach viermaliger Serumminjektion. *Brie*, Zur Kenntnis der Psychosen nach Strangulationsversuch. *Pick, A.*, Zur Symptomatologie der linksseitigen Schläfenlappenatrophie. *Schlott, A.*, Über Simulation von Geistesstörung. *Ranschoff*, Versuche mit Isopral als Schlaf- und Beruhigungsmittel. *Richter* und *Steiner*, Über die Wirkung des Veronal. *Michel* und *Raimann*, Über Veronal. *Übeleisen*, Über Bornyval, ein neues Baldrianpräparat. *Knapp*, Ein Fall von

Digitized by Google

motorischer und sensibler Hemiparese durch Revolververletzung des Gehirns. *Oberndörffer*, Ein Fall von Rückenmarkstuberkel. *Baer*, Über akute Polymyositis. *Knapp, A.*, Spastische Symptome bei funktionellen Geistesstörungen. *Meyer, E.*, Über Autointoxikationspychosen. *Hermkes, C.*, Über den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen. *Straup, H.*, Über angiospastische Gangrän (*Raynaud*sche Krankheit). *Weber, L. W.*, Über akute tödlich verlaufende Psychosen. *Kölpin, O.*, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. *Bechtold, C.*, Über einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung. *Grober, J.*, Diabetes insipidus mit cerebralen Herdsymptomen. *Quensel, F.*, Neue Erfahrungen über Geistesstörungen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung. *Berger, H.*, Experimentelle Studien zur Pathogenese der Geisteskrankheiten. *Knecht, E.*, Zur Kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems nach Kohlenoxydvergiftung. *Muthmann, A.*, Über das Isopral, ein neues Hypnotikum. *Meyer, E.*, Korsakowscher Symptomenkomplex nach Gehirnerschütterung. *Becker*, Über Versuche mit Neuronal. *Alzheimer*, Das Delirium alcoholicum febrile Magnans. *Ganter, R.*, Untersuchungen auf Degenerationszeichen bei 251 geisteskranken Männern. *Steyerthal, A.* und *Solger, B.*, Über Torticollis spasmodicus. *Siefert*, Über funktionelle Hemiathetose. *Graves, W.*, Über Lückenbildung zwischen den einzelnen Zähnen, ein frühdiagnostisches und bisher wenig bekanntes Zeichen der Akromegalie. *Diehl*, Der Kopfschmerz beim manisch-depressiven Irresein. *Mann, L.*, Zur Symptomatologie des Kleinhirns (Über cerebellare Hemiataxie und ihre Entstehung). *Steinbiß, W.*, Über einen seltenen Fall transitorischer Bewußtseinsstörung. *Rieder Pascha*, Für die Türkei. Selbstgelebtes und Gewolltes. *Curschmann, H.*, Über posttraumatische Meningitis. *Brauer*, Eine Graviditätstoxinose des Zentralnervensystems. *Siebert*, Über die hypnotische Wirkung des Neuronal. *Wertheimber*, Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei der Meningitis. *Heß*, Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma. *Jolowicz*, Über Veronal. *Gerhartz*, Beitrag zur Phosphorbehandlung gewisser Krampfformen der Kinder. *Knapp*, Ein Fall von motorischer und sensorischer Aphasie. *Groß*, Über Bewußtseinszerfall. *Pfersdorff*, Über symptomatische Zwangsvorstellungen. *Schott*, Klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Manie. *Veraguth*, Zur Therapie des *Menière*schen Schwindels. *Doernberger*, Pneumonie, Meningismus und Aphasie. *Kalberlah*, Über die akute Kommotionspsychose, zugleich ein Beitrag zur Ätiologie des *Korsakow*schen Symptomenkomplex. *Mai*, Über gekreuzte Lähmung des Kältesinnes. *Raimann*, Isopral. *Schiffer*, Veronal in der Kinderpraxis. *Wizel*, Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einer Imbezillen. *Stelzner*, Ein atypischer Fall von Bulbärlähmung ohne anatomischen Befund. *Taniguchi*, Ein Fall von Distomum-Erkrankung des Gehirns. *Federschmidt*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Schädelverletzungen. *Hellwig*, Zur Serumtherapie des Tetanus. *Tourneau*, Drei Fälle von Tetanus. *Schmidt, Georg*, Schrotschuß und Wundstarrkrampf. *Diehl*, Über die *Raynaud*sche Krankheit. *Bachauer*, Über Stauungspapille nach Schädelkontusion. *Lunz*, Zwei Fälle von Meningitis basilaris simplex. *v. Höβlin*, Über zentrale Schwangerschaftslähmungen der Mütter. *Merzbach*, Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis. *White, W. A.*, Hallucinations. *Weir Mitchell*, The evolution of the rect treatment. *Coriat, J. H.*, Reduplicative Paramnesia. *Spiher, W. S.* and *Camp, C. D.*, Multiple sclerosis with a report of two additional cases, with necropsy. *Burnet*, Veronal, a short account of its therapeutic action, with cases. *Jelliffe, S. E.*, Multiple sclerosis, its accurence and etiology. *Maison, P.*, An account of the care of the insane in Belgium and particularly those in the colony of Gheel. *Whitman, R.*, Remarks on the surgical treatment of obstetrical paralysis. *Stevens, J. W.*, Manic depressive insanity, with a report of a typical case. *Pickett, W.*,

Digitized by Google

Senile dementia, a clinical study of two hundred cases with particular regard to types of the disease. *Knapp*, The reflexes in long distance runners, a study of the influence of fatigue upen certain reflexes. *Zeuner*, A case of alexia. *Wherry, J. W.*, Limiting the term „insanity". *Knapp, Ph. C.*, Bony sensibility. *Pick*, On contrary actions. *Zabriskie*, Studies on the periosteal perception of vibrations. (New York neurological society.) *Dana, Chr. L.* and *Fraenkel, J.*, A case of aphasia with loss of memory of nouns (sensory anomia). *Hart, Stuart*, Paralysis agitans, some clinical observations based on the study of 219 cases.

6. Paralyse und syphilitische Psychosen. Ref.: Schlüter-Gehlsheim . . . . . Seite 115*

Bayerthal-Worms, Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis. *Fischer*-Stuttgart. Über hochgradige generelle Störung der Merkfähigkeit bei beginnender Paralyse. *Kufs*, Beitrag zur Syphilis des Gehirns und der Hypophysis und zur Differentialdiagnose zwischen der Tuberkulose und Syphilis des Zentralnervensystems. *Rentsch*, Über zwei Fälle von Dementia paralytica mit Hirnsyphilis (Pseudoparalysis syphilitica nach *Jolly*). *Hagelstamm*, Über Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwickelungsalter. *Abraham*-Dalldorf, Über einige seltene Zustandsbilder bei progressiver Paralyse: Apraxie, transkortikale-sensorische Aphasie, sensorisch-motorische Asymbolie. *Pilcz*, Beiträge zur Lehre von der progressiven Paralyse. *Eisath*, Frühform der Dementia paralytica. *Foerster*-Breslau, Ein Fall von Dementia paralytica nach Typhus abdominalis mit Ausgang in vollkommene Heilung. *Bumke*, Zur Pathogenese der paralytischen Anfälle. Zugleich ein Beitrag zur Anatomie der Pyramidenbahn. *Marc*, Über das familiäre Auftreten der progressiven Paralyse. *Bayerthal*, Zur operativen Behandlung der Hirnsyphilis. *Raecke*, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. *Gaupp*, Die Prognose der progressiven Paralyse. *Fischer*, Über hochgradige generelle Störung der Merkfähigkeit bei beginnender Paralyse.

7. Epilepsie und Hysterie . . . . . Seite 122*

Starr, Allen, Is epilepsy a functional disease? *Halmi*, Behandlung der Epilepsie ohne Brom. *Knapp*, Ein Fall von Tastlähmung und *Jackson*scher Epilepsie und seine günstige Beeinflussung durch Entfernung von adenoiden Vegetationen. *Curschmann*, Über eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. *Engelhardt*, Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen *Jackson*schen Epilepsie. *Lachmund*, Über vereinzelt auftretende Halluzinationen bei Epileptikern. *Rixen, P.*, Neuronal bei Epilepsie. *Raecke*, Das Verhalten der Sprache in epileptischen Verwirrtheitszuständen. *Szabó*, Eine neue Methode der Epilepsiebehandlung. *Bernstein, A.*, Über delirante Asymbolie und epileptische Oligophasie. *Clark, Pierce*, A case of idiopathic epilepsy in a canary bird. *Ganser*, Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. *Forster*, Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. *Weir Mitchell* and *Spiller, W.*, A case of uncomplicated hysteria in the male, lasting thirty years with post mortem examination. *Flatau*, Ein Fall von Skoliosis hysterica nach Trauma.

8. Alkoholismus und toxische Psychosen. Ref.: Peretti-Grafenberg . . . . . Seite 127*

Moskiewicz, Über die Beziehungen des Delirium tremens zur akuten Halluzinose der Trinker (*Wernicke*), akuten halluzinatorischen Paranoia (*West-*

Digitized by Google

phal), zum akuten Wahnsinn der Trinker (Autoren). *Kutner*, Zur Diagnostik des pathologischen Rausches (Störungen der Reflexe). *Quensel*, Neue Erfahrungen über Geistesstörungen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung. *Lindl*, Ergebnisse klinischer Beobachtungen von Polyneuritis alcoholica an 300 Potatoren. *Schoenen*, Statistische Beiträge zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Geistesstörung. *Alzheimer*, Das Delirium alcoholicum febrile Magnans. *Meyer, E.*, Über akute und chronische Alkoholpsychosen und über die ätiologische Bedeutung des chronischen Alkoholmißbrauchs bei der Entstehung geistiger Störungen überhaupt. *van Vleuten*, Ein Delirium im Anschluß an Hyoscinmißbrauch. *Colla*, Die hypnotische Behandlung des Alkoholismus. *Laquer*, Die Bekämpfung des Alkoholismus in der Schweiz.

9. Idiotie und Kretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart ..... Seite 131*

Shuttleworth, On Mental Deficiency in Children. *Tredgold*, Amentia (Idiocy and Imbecillity). *Morosow*, Materialien zur Anthropologie, Ätiologie und Psychologie des Idiotismus. *König*, Ätiologie der einfachen Idiotie. *Pfleiderer*, Taubstummenanstalten. *Berkhan*, Über den angeborenen und früherworbenen Schwachsinn. Geistesschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches. *Stadelmann*, Schwachbeanlagte Kinder. Ihre Förderung und Behandlung. *Bayerthal*, Jahresbericht über die schulärztliche Tätigkeit an den Hilfsklassen der städtischen Volksschule in Worms. *Shuttleworth*, The Future of the feebleminded Children. *Meltzer*, Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen. *Blezinger*, Die vier ersten Jahre ärztlicher Untersuchungen in Stadt und Bezirk Cannstatt. *Gelpke*, Über die Beziehungen des Sehorgans zum jugendlichen Schwachsinn. *Ganhör*, Ein kasuistischer Beitrag zur Imbezillität. *Weygandt*, Referat über leicht abnorme Kinder. *Wizel, A.*, Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einer Imbezillen. *Alzheimer*, Einiges über die anatomischen Grundlagen der Idiotie. *Tugendreich*, Ein Fall von Meningoencephalitis heredo-syphilitica bei einem Säugling unter dem Bild des Hydrocephalus externus. *Kellner*, Schädeldecke und Gehirn eines 14jährigen Idioten. *Probst*, Zur Lehre von der Mikrocephalie und Makrogyrie. *Weygandt*, Weitere Beiträge zur Lehre vom Kretinismus. *Ferenczi*, Zwei Fälle von Kretinismus. *Wagner von Jauregg*, Über die Resultate der Behandlung von Kretins mit Schilddrüse. *Bayon*, Über das Zentralnervensystem der Kretinen. *Weygandt*, Über Virchows Kretinentheorie. *Rauschburg*, Ein Fall von sporadischem Kretinismus. *Alt*, Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems. *Hudovernig* und *Pétzi-Popovits*, Gigantismus. *Noica*, Ein Fall von mongolischem Idiotismus. *Hochsinger*, Mongoloide Idiotie mit Rachitis und Tetanussymptomen. *Fennell*, Imbecillity. *Schaffer*, Gehirn von einem Falle *Sachs*scher Idiotie amaurotica familiaris. *Taty* et *Giraud* (Lyon), Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleux chez une idiote aveugle-née. *Heveroch*, Zwei Fälle von familiärer amaurotischer Idiotie. Aus der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer von *Schröter* und *Wildermuth*. *Schubert*, Bericht über den I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene. Direktor *Kölle* und Dr. *Ulrich*, Achtzehnter Bericht der schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich. *Alt*, Dritter Verwaltungsbericht der Landes-Heil-Pflege-Anstalt Uchtspringe.

10. Anstaltswesen. Ref.: Heinr. Laehr-Zehlendorf Seite 150*

Weygandt, Verhütung der Geisteskrankheiten. *Berkhan, O.*, Über den angeborenen und früherworbenen Schwachsinn, Geistesschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches. Sénat de Belgique Févr. 1904, Proposition de revision

Digitized by Google

de la loi sur le régime des aliénés et développements par le Comte de Kerchove de Denterchem et As. Devos. Dr. *Marcus Wyler*. Für ein eidgenössisches Irrengesetz. Tatsachen, Gedanken und Wünsche. 5. Bericht der Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow". Bericht der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Potsdam pro 1903. Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau vom 1. April 1903 bis 1904. 11. Bericht der Provinzialanstalt Freiburg-Schlesien für 1903. Bericht über die Provinzialirrenanstalt Brieg pro 1902/3. Bericht der Heilanstalt Rybnik. 1. Bericht der Pommerschen Provinzialanstalt zu Treptow a. R. pro 15. Februar 1899 bis 31. März 1903. Bericht der Provinzialheilanstalt Eichberg pro 1902/3. Bericht der Provinzialheilanstalt Weilmünster pro 1903/4. Bericht der Provinzialanstalten der Rheinprovinz pro 1903/4. Die Rheinischen Provinzialanstalten Grafenberg, Merzig und Andernach in ihrer Entwicklung, Entstehung und Verfassung dargestellt. Rheinische Provinzialheilanstalt Galkhausen. Bericht der Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt a. M. vom April 1903 bis 1904. Bericht der Provinzialanstalt zu Owinsk pro 1903/4. Bericht der Provinzialanstalt zu Kosten pro 1902/3. Bericht der Provinzalirrenanstalt zu Schwetz pro 1903. Bericht der Westpreußischen Provinzialanstalt Conradstein pro 1903. Bericht der Provinzialanstalt zu Dziekanka pro 1903/4. Bericht der Westpreußischen Anstalt zu Neustadt i. Westpr. pro 1903. Bericht der Irrenanstalten Allenberg, Kostau und Tapiau, Ostpr., pro 1903. 83. Bericht der Provinzialanstalt Schleswig pro 1. April 1903/4. Bericht der Provinzialanstalt zu Göttingen pro 1903/4. Bericht der Provinzialanstalt zu Hildesheim pro 1903/4. Bericht der Provinzialanstalt zu Lüneburg pro 1903/4. Bericht der Provinzialheilanstalt zu Osnabrück pro 1903/4. Bericht der Povinzialanstalt zu Langenhagen pro 1903/4. Bericht der Anstalt zu Leubus pro 1903/4. Bericht der Bezirksanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1903/4. Bericht der Bezirksanstalt bei Saargemünd pro 1903. Bericht des Fürst Carl-Landesspitals in Sigmaringen pro 1903. Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1903. Bericht über die Kreisirrenanstalt Erlangen von 1884—1903. Bericht der Kreisirrenanstalt Bayreuth pro 1903. Bericht der Kreisirrenanstalt Ansbach pro 1903. 18. Bericht der Kreisirrenanstalt Gabersee pro 1903. Bericht der in Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten, für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische pro 1902. *Dietz*. Die kgl. Heilanstalt Weinsberg. 6. Bericht der Privatheilanstalt in Schloß Pfullingen. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1902. Bericht der Heilanstalt Illenau pro 1903. Bericht der Heilanstalt Emmendingen pro 1903. Bericht der Psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B. pro 1903. Bericht der Universitätsklinik Heidelberg pro 1903. Bericht der Heilanstalt Pforzheim pro 1901/2. Bericht der Heilanstalt Sachsenberg pro 1903. Bericht der Heilanstalt Gehlsheim bei Rostock pro 1903. *Mayer, Rud.*, Das Großherzogliche Landeshospital Hofheim von 1533—1904. 45. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1903. Bericht der Heilanstalt Hildburghausen pro 1898—1903. Bericht der Anstalt Friedrichsberg bei Hamburg pro 1903. Bericht der Krankenanstalt in Bremen pro 1903. Bericht der Privatanstalt Rockwinkel bei Bremen pro 1903. Bericht der niederösterreichischen Wohlfahrtsangelegenheit vom Juli 1902 bis Juli 1903. Bericht der niederösterreichischen Landesheilanstalt zu Mauer-Öhling bei Wien. Bericht der oberösterreichischen Irrenanstalt Niedernhart pro 1903. Bericht der mährischen Landesanstalt in Brünn pro 1903. Bericht der Landesanstalt Feldhof bei Graz nebst Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg pro 1903. Bericht der Landesirrenanstalt Valduna, Vorarlberg pro 1902/3. Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1903. Bericht der zürcherischen Irrenheilanstalt Burghölzli pro 1903. Bericht der Irrenanstalt St. Urban pro 1902/3. Berichte der bernischen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay pro 1903. 46. Bericht der Heilanstalt St. Pirminsberg pro 1903. 12. Bericht des Kantonalen Asyls in Wil

Digitized by Google

pro 1903. Bericht der Anstalt Königsfelden (Aargau) pro 1903. Bericht der Kantonalen Heilanstalt Friedmatt bei Basel pro 1903. 12. Bericht der Irren- und Krankenanstalt zu Waldhaus pro 1903. Bericht der Heilanstalt Rosegg pro 1903. Bericht der Thurgauischen Irrenanstalt Münsterlingen pro 1903. 55. Rapp. de la maison de Santé de Préfargier p. 1903. Evangelische Heilanstalt „Sonnenhalde" für Frauen bei Richen pro 11. September 1903—1904. Bericht der Landesirrenanstalt in Buitenzorg (Java, Niederl.-Ostindien) von 1894 bis Juli 1901. 8. Report of the Manhattan State Hospital of New York. For the year end. Sept. 1903. Report of the Butler Hospital, Providence, pro 1903. Report of Pennsylvania Hospital pro 1903/4. Report of Pavillon F. Department for mental Diseases of Albany Hospital for the year ending Febr. 29. 1904. 44. Report of the Matteawan State Hospital for the year ending Sept. 30. 1903. 77. Report of James Murray's Royal Asylum, Perth for the year ending 31. March 1904. Bericht des Hilfsvereins in Eberswalde pro 1903. 3. Bericht des Hilfsvereins in der Rheinprovinz pro 1903. Bericht des Hilfsvereins in Hessen pro 1903 4. Bericht des Hilfsvereins im Württemberg pro 1901 3. 37. Bericht des St. Gallenschen Hilfsvereins pro 1903. 28. Bericht des Hilfsvereins in Zürich pro 1903. 30. Bericht des Hilfsvereins im Kanton Luzern pro 1903.

Digitized by Google

Der Literaturbericht für 1904 ist durch vielfach widrige Einflüsse lückenhaft geblieben.

Es ist Vorsorge getroffen, daß in dem Bericht für 1905 die Ergänzungen mit aufgenommen werden, sowie auch dafür, daß der Bericht für 1905 möglichst bald im Anfang des Jahres 1906 erscheinen wird.

Die Redaktion des Literaturberichts.

Digitized by Google

Digitized by Google

NB887

Digitized by Google